FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 décembre 1900, à 1 heure

Par BORDERIE

*

ESSAI

SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DANS LES APPENDICITES NON SPÉCIFIQUES

Président : M. TILLAUX, *professeur*.

Juges : MM. PINARD, *professeur*.
VARNIER et LEGUEU, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

140

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547224_0250

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 24 décembre 1900, à 1 heure

Par BORDERIE

*

ESSAI

SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DANS LES APPENDICITES

NON SPÉCIFIQUES

Président : M. TILLAUX, *professeur.*

Juges : MM. PINARD, *professeur.*
VARNIER et LEGUEU, *agrégés.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ROUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	HARTMANN	MERY	WALTHER
BROCA (André)	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	
DELBET		THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. NIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAGNON

Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.
Professeur honoraire à l'Ecole Préparatoire.

Faible témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VAISSIÈRE

Médecin à Saint-Cernin-du-Cantal.

Remerciements sincères.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

ESSAI

SUR LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

DANS LES APPENDICITES

NON SPÉCIFIQUES

INTRODUCTION

Depuis que les Américains, il y a quelque vingt ans, ont isolé l'appendicite comme entité morbide, quantité de travaux ont paru sur la question nouvelle. Les théories pathogéniques, les difficultés du diagnostic, les aspects cliniques, la formule du traitement ont suscité des polémiques célèbres. L'accord n'est pas encore fait.....

Quelques biopsies, souvent des nécropsies, avaient montré qu'au milieu d'un foyer purulent, on trouvait fréquemment l'appendice iléo-cœcal enflammé, gangréné, perforé : L'analyse clinique s'empare de ces données et recherche si, à ce substratum anatomique, ne correspond pas une symptomatologie spéciale. Puis surgissent diverses théories pathogéniques pour expliquer la lésion : C'est

la compression des parois de l'appendice par le calcul stercoral qui cause tout le mal, dit Porter; Talamon et le professeur Dieulafoy répondent par la célèbre théorie du vase clos; celle-ci est détrônée à son tour, et les auteurs les plus récents ne considèrent l'appendicite que comme une simple modalité de l'infection, et cette infection appendiculaire pour Broca Auguste résulte le plus souvent d'une entérite, spécifique ou banale, ce qui lui permet d'instituer un traitement prophylactique.

Cependant l'analyse du syndrôme nouveau se complète ; les observations recueillies ne se ressemblent pas, les lésions observées ne sont pas les mêmes dans tous les cas ; tantôt à l'ouverture du ventre on trouve du pus et tantôt on ne tombe que sur un exsudat fibrineux en voie d'organisation ou de résorption ; on observe des formes légères et des formes graves. Il faut donc démembrer l'édifice, créer des subdivisions, étudier des formes spéciales, puisqu'aussi bien l'anatomie pathologique, la symptomatologie se présentent sous des aspects variables. Encore un pas et la scission sera complète : Hier on étudiait l'appendicite ; aujourd'hui on s'occupe des formes de l'appendicite ; demain on décrira les appendicites. N'en a-t-il pas été ainsi pour la gastrite, l'entérite, la péritonite? D'autant mieux qu'un facteur étiologique excessivement important apparaît au premier rang dans ces questions : le microbisme. Le coli-bacille n'est pas le seul agent en cause ; il y a des appendicites à streptocoques, des appendicites à staphylocoques, des appendicites à pneumocoques ; et je laisse de côté les microbes spécifiques, tels que le bacille d'Eberth, le bacille de Koch, le

champignon étoilé, la coccydie du cancer, si elle existe, ne voulant m'occuper que des appendicites banales, que des appendicites simplement inflammatoires. Mais je n'oublie pas la flore malfaisante constituée par les anaérobies et encore à l'étude : Zuber et Veillon, en effet, dans certains cas d'abcès péri-appendiculaires à pus très fétide, ont pu en isoler un certain nombre. C'est peut-être à eux qu'il faut demander le secret de ces péritonites septiques au suprême degré, véritables intoxications de tout l'organisme, si bien décrites par Jalaguier et qui ne sont pas sans analogie avec les accidents foudroyants que provoque le vibrion septique de Pasteur.

La formule thérapeutique subit fatalement le contre coup de cette évolution dans les idées. Tant que la maladie est envisagée comme un processus simple, sa thérapeutique est également simpliste et peut se résumer en une phrase « lapidaire ». Mais dès que la scission se produit, dès que les formes particulières sont isolées, dès qu'elles sont susceptibles d'être diagnostiquées, dès que leur étiologie est élucidée et leur base anatomique certaine, des indications nouvelles surgissent. Il faut alors se demander quel est le meilleur traitement pour chaque forme, dans quel cas le bistouri est préférable, dans quel cas la glace ; on ne peut plus se contenter de formule systématique. « En clinique, dit Aug. Broca, il faut se souvenir que la vérité est toujours complexe et que si la thérapeutique pouvait se résumer en cinq ou six mots : opérer toujours et tout de suite, ce serait la première fois qu'on trouverait dans un traité de pathologie un paragraphe aussi limpide ». Qu'on me permette encore de faire entrer en ligne de

compte, la différence qui existe entre le praticien de la ville et le praticien de la campagne : Le premier a tout sous la main : chirurgiens, aides, instruments, pansements stériles ; le second n'a souvent que ses dix doigts.

Ce sont ces indications thérapeutiques au sujet des appendicites non spécifiques, que nous avons voulu consigner dans notre thèse inaugurale. Il va sans dire que les idées que nous apportons ici n'ont rien de personnel ; depuis longtemps elles sont défendues par les médecins et par les chirurgiens des hôpitaux d'enfants, Brun, Jalaguier. Aug. Broca, c'est-à-dire par ceux qui voient le plus d'appendicites. Tout dernièrement, au 13e Congrès international de médecine, elles ont été soutenues par Roux de Lausanne, Jalaguier, Reynier, et Duret de Lille. Notre seul but, dans ce modeste travail, est de chercher à obtenir, tout en satisfaisant à la formalité de l'école, l'estime et l'indulgence de nos juges.

L'idée première de cette thèse nous a été fournie par notre compatriote, le docteur Souligoux, chirurgien des hôpitaux : qu'il nous permette ici de lui en exprimer toute notre reconnaissance. Nos remerciements iront ensuite à M. Reynier, chirurgien de Lariboisière, qui nous a reçu dans son service avec une extrême bienveillance, qui a mis à notre disposition les nombreuses observations qu'il a recueillies et les extraits de la communication qu'il fit au 13e Congrès international des sciences médicales et qui, par ses sages conseils, nous a permis d'arriver heureusement au port.

Que tous nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, spécialement les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu,

de Necker et de Lariboisière ; que nos anciens maîtres de l'Ecole préparatoire de Clermont-Ferrand, où nous avons commencé nos études médicales, nous permettent de leur exprimer ici nos sentiments de respectueuse reconnaissance. M. le Dr Gagnon, aujourd'hui chirurgien et professeur honoraire, nous a toujours témoigné une bienveillance particulière ; à Clermont, pendant l'année où nous avons eu l'honneur d'être son interne, à Paris même, ses excellents conseils ont été pour nous un guide précieux ; nous ne saurions trop l'en remercier.

Que M. le Dr Vaissière, qui nous a initié aux difficultés de la pratique, reçoive ici l'expression de notre vive gratitude.

Que M. le professeur Tillaux nous permette de lui offrir l'hommage de nos sentiments respectueux et reconnaissants pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas la prétention de fournir un historique complet du traitement des typhlo-appendicites, ni une analyse même succincte, de tous les ouvrages qui ont paru sur la question. La tâche serait vraiment trop lourde : nous essaierons simplement de marquer les diverses étapes de cette thérapeutique. Le cadre que nous suivrons a quelque chose de factice, en ce sens qu'il ne concorde pas exactement avec la vérité chronologique des faits, mais il nous permettra d'exposer l'évolution des idées d'une façon assez claire.

Première période. — *Les Précurseurs*, 1759-1838.

C'est Mestivier (1), semble-t-il, qui en 1759 fit la première opération pour appendicite perforée : il incisa une tumeur fluctuante, sise près de la région ombilicale, du côté droit ; il en sortit du pus, et à l'autopsie on trouva, comme point de départ de cet abcès, une épingle incrustée de sels calcaires qui avait traversé l'appendice. En 1813

1. Mestivier : *Journal général de médecine et de chirurgie*, 1759, Tome X.

Wegeler (1) rapporte un cas typique d'appendicite gangréneuse ayant amené rapidement la mort. Les deux malade de Louyer-Villermay (2) moururent sans intervention chirurgicale (1824). Le mémoire le plus complet sur la question qui ait paru à cette époque est celui de de Mélier (3) en 1827 : il contient cinq observations d'appendicite, dont quatre personnelles ; il y a trois observations d'appendicite foudroyante et une d'appendicite à rechutes. Mélier cherche à expliquer la pathogénie de cette affection ; au point de vue clinique il décrit, avant Talamon, une période appendiculaire et une période péritonéale. « J'explique ainsi, dit-il, les divers accidents et leur succession : Des matières fécales se sont accumulées dans l'appendice cœcal ; cet appendice dilaté petit à petit s'est enflammé par une sorte d'engouement, puis gangrené et enfin déchiré. Les premiers accidents, c'est-à-dire les coliques tenaient probablement à la distension et à l'inflammation de l'appendice. La rupture aura donné lieu à l'épanchement qui lui-même paraît être la cause de la péritonite ». Cet auteur s'occupe également du traitement et écrit : « S'il était possible d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades

1. Wegeler : *Journal de médecine et de chirurgie de Corvisart* 1813.

2. Louyer-Villermay. *Archives générales de médecine*, 1824.

3. Mélier. Mémoire et observations sur quelques maladies de l'appendice cœcal. *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, 1827.

au moyen d'une opération. On arrivera peut-être un jour à ce résultat ».

Deuxième période. — *Le règne de la typhlite.* (1838-1880).

Mélier était un précurseur, mais son mémoire passa inaperçu, et bientôt la question dévia. En 1838, un médecin allemand, le professeur Albers (1) de Bonn, *inventa* une maladie nouvelle, la typhlite ; il en décrivit plusieurs formes, une typhlite stercorale, une typhlite simple, une typhlite chronique, une périty phlite. Grisolle (2) ne reconnaît pas cette entité morbide nouvelle ; il étudie simplement en 1839, après Husson et Dance (3) (1827), après Mènière (4) (1828), les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques ; pour ces auteurs, le siège de ces abcès se trouve presque toujours dans le tissu cellulaire rétro-cœcal et le péritoine n'est que rarement en jeu. C'est l'abcès rétro-cœcal qui prime tout ; les symptômes gastro-intestinaux observés sont de même nature que ceux qui se produisent dans toute affection fébrile. Les idées théori-

1. Albers. *Beobachtungen auf dem Gebiete der Path. und Path. Anat.* Bonn, 1838.

2. Grisolle. *Tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques. Archives de médecine*, 1839.

3. Husson et Dance. *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, 1827, tome IV.

4. Ménière. *Tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. Archives de médecine* 1828. Tome XVII.

ques d'Albers sur le siège primitif de la prétendue typhlite, les affirmations de Menière sur la situation des abcès, l'interprétation symptomatologique de Grisolle étaient en défaut, parce qu'elles manquaient de base anatomique. Cependant la nouvelle maladie fut admise et régna sans conteste pendant un demi-siècle.

Au milieu de cette longue période d'erreur, les perforations de l'appendice suscitent quelques travaux qui se noient dans les théories généralement admises. Bodart (1) en 1844, Favre (2) en 1851, Forget (3) en 1853, Leudet (4) en 1859 publient des observations, des mémoires ou des thèses sur les lésions appendiculaires et les accidents péritonéaux qui peuvent en résulter. Les thèses de Blatin (5) (1865), de Barré (6) (1873), de Paulier (7) (1875) marquent la fin de la typhlite et de la périty phlite du professeur Albers.

La thérapeutique, pendant ce demi-siècle, suivit les errements de la clinique et de la pathogénie. Pour combattre l'engorgement cœcal et l'accumulation des fèces

1. Bodart. *Des perforations du cœcum et de celles de l'appendice cœcal.* Thèse de Paris, 1844.

2. Favre. Thèse de Paris, 1851.

3. Forget. *De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcal. Gazette médicale de Strasbourg,* 1853.

4. Leudet. *Archives générales de médecine,* 1859.

5. Blatin. *Recherches sur la typhlite et la périty phlite consécutive.* Thèse de Paris, 1868.

6. Barré. *Essai sur la typhlite.* Thèse de Paris, 1873.

7. Paulier. *Contribution à l'étude de la typhlite et de la périty phlite.* Thèse de Paris, 1875.

dans ce cul-de-sac intestinal, il était tout indiqué de purger et de purger à outrance le malade. « On combattra la typhlite stercorale par la méthode des purgatifs, ou par celle des lavements, ou par les deux ensemble, mieux encore » (*Barré*). « Les purgatifs réveillent les contractions intestinales, et stimulant les sécrétions de la muqueuse, ramollissent les masses stercorales, les fragmentent, les détachent et favorisent leur progression. Les lavements, de leur côté, excitent l'énergie musculaire du gros intestin, imbibent les matières les plus éloignées du purgatif, et, s'ils contiennent un corps gras, de l'huile par exemple, facilitent le glissement des fèces sur la muqueuse » (*Blatin*). Mais il peut arriver que la tunique musculaire, depuis longtemps distendue et comprimée, ne réagisse pas suffisamment sous l'influence de ces moyens ; il faut alors et sans tarder recourir à l'électricité pour réveiller les contractions éteintes. Ce n'est qu'après avoir évacué le cœcum qu'on prescrit le repos et la diète.

Pour calmer la douleur et enrayer l'inflammation on dispose de tout un arsenal de topiques irritants ou émollients. On combat la douleur par un vésicatoire *loco-dolenti*, par des sangsues, par des ventouses scarifiées. Les bains émollients sont aussi avantageusement mis en usage ; à leur propriété de relâcher les tissus, se joint celle de calmer les douleurs ; citons encore comme fréquemment employés les cataplasmes laudanisés et les onctions avec l'onguent mercuriel.

Cependant, même à cette époque, une crainte salutaire domine toute la thérapeutique : cette crainte, c'est celle de la rupture du cœcum et du déversement du contenu in-

testinal dans la séreuse péritonéale. Aussi s'empresse-t-on, après avoir purgé complétement le malade, de le mettre au repos. Le professeur Biermer (1) établit que le repos de l'intestin, en pareil cas, est identique à celui d'un membre fracturé et de la même nécessité. « Il ne faudra jamais oublier, dit Barré, (2), que d'un moment à l'autre il peut se faire une perforation ; pour prévenir de pareils accidents, on prescrira le repos le plus complet, le décubitus horizontal, on administrera les opiacés dans le but de diminuer les contractions intestinales » ; et il continue aussitôt en une contradiction étrange : « une précaution dont il ne faudra jamais se départir, c'est d'entretenir la liberté du ventre par des purgatifs ». Lorsque la perforation s'est produite, la principale indication qui se présente, d'après Bodart (3), « c'est d'arrêter l'extension de la péritonite et de favoriser les adhérences qu'une inflammation limitée peut produire ; le traitement en un mot est indiqué par la nature, qui, dans le cas de guérison, isole le corps étranger par une matière plastique et prévient l'épanchement des matières fécales dans le ventre ». Il conseille l'immobilité absolue, l'abstention des purgatifs qui distendent l'intestin, réveillent les contractions musculaires, rompent les adhérences et font sortir beaucoup plus de matières dans le péritoine ; il faut administrer l'opium à haute dose pour endormir les mouvements ver-

1. Biermer : *Traitement sédatif de la pérityphlite et de l'iléus Breslauer Aersztlicher Zeitschrift. 1879.*

2. Barré. *Loco citato.*

3. Bodart. *Loc. cit.*

miculaires de l'intestin et arrêter les sécrétions ; la constipation est combattue par des lavements ou mieux des suppositoires.

Le chirurgien, au début de cette période, n'intervient que pour ouvrir des abcès dont la fluctuation est manifeste et qui menacent de crever la peau. Encore cette incision n'est pas toujours inoffensive et Corbin (1) la redoute : « Si on ne donne pas issue au pus, dit-il, on lui permet de s'étendre et de former de vastes foyers, dont le recollement sera très difficile et dont la suppuration sera proportionnelle à la surface ; si l'on incise, l'accès de l'air dans le foyer est presque toujours nuisible. Le meilleur parti est de se borner à une ponction étroite et de la pratiquer de bonne heure, aussitôt que le diagnostic cesse d'être incertain et que l'on a reconnu la fluctuation ». D'aucuns conseillent d'attendre l'ouverture spontanée de l'abcès dans le cœcum. C'était l'opinion de Dupuytren ; mais Grisolle (2) avait remarqué que 2 fois sur 10 en moyenne, lorsque l'ouverture à l'intérieur du cœcum se produisait, il y avait terminaison fatale et que cette évacuation du pus par les voies naturelles était souvent suivie de l'ouverture en dehors et de la mort ; aussi conseille-t-il l'incision ; mais cette incision il ne faut la faire qu'en toute connsissance de cause : « On ne fera donc une incision qu'après s'être assuré qu'il y a fluctuation ; il faut aussi qu'on sache si le foyer adhère à la

1. Corbin : *Gazette médicale de Paris*, 1830.

2. Grisolle : *Pathologie interne*, 9e édition, Tome 1, 1865, page 621.

paroi abdominale, afin de prévenir tout épanchement dans la cavité du péritoine. Avant de la faire, cette incision, il est indispensable de percuter avec soin le point où l'on doit plonger le bistouri ; car il ne serait pas impossible que le pus accumulé spécialement à la face postérieure du cœcum eût refoulé en avant cet intestin, qui serait nécessairement alors divisé par l'instrument. Cet accident a été observé une fois. »

Velpeau recommandait également l'ouverture aussitôt que possible. Ce qu'il redoutait surtout dans l'opération c'était la pénétration du pus dans le péritoine et l'ouverture de l'artère épigastrique au moment de l'incision. Le plus grand nombre des chirurgiens, à cette époque, n'interviennent que lorsque l'abcès péritonéal est formé et que la fluctuation est manifeste. Malheureusement, avec un traitement médical insuffisant, dans le temps qui s'écoule entre le premier moment de la formation du pus, et celui où il devient manifeste à l'extérieur, il peut fuser de tous les côtés, dans le bassin, les ligaments larges, dans la cuisse ou dans la poitrine à travers le diaphragme ; il peut occasionner des abcès aréolaires dans le foie, s'ouvrir dans la vessie, engendrer la pyohémie, conduire à la fièvre hectique, et surtout, accident trop fréquent, s'ouvrir dans la cavité péritonéale et aboutir à une péritonite suraiguë rapidement mortelle. Il n'est donc pas extraordinaire qu'en présence de ces graves complications une réaction se produise : à l'avènement de l'antisepsie, les chirurgiens deviennent plus hardis ; ils traitent ces abcès intra-péritonéaux ou extra-péritonéaux comme les abcès ordinaires ; ils les ouvrent, lavent leur cavité.

les détergent et se comportent comme dans toutes les autres régions du corps. Bien mieux, frappés par les accidents de la non-intervention, ou de l'intervention trop tardive, les chirurgiens mettent en pratique une nouvelle méthode de traitement qui consiste essentiellement à ouvrir dès que le pus est présumé exister d'après les symptômes qui accompagnent en général sa formation. Paulier dans sa thèse inaugurale, signale la tendance nouvelle et termine par ces mots: « Nous avons voulu seulement appeler l'attention sur une méthode qui paraît avoir donné de bons résultats entre les mains des praticiens de l'Angleterre et de l'Amérique et qu'on néglige peut-être trop en France ».

Troisième Période. —*La chirurgie anglo-américaine.* 1880-1892.

L'intervention précoce pour appendicite est en effet d'importation anglo-américaine. C'est le docteur Hancock (1) de Londres qui aurait, le premier, pratiqué l'incision prématurée des abcès péri-cœcaux. « En 1848, dit Pravaz (2), il publia l'observation d'une femme de 30 ans, qui présentait de la constipation habituelle et qui fut prise d'une douleur atroce dans la fosse iliaque droite à la suite d'une séance d'équitation. Elle fut d'abord traitée par les opiacés et les cataplasmes, puis l'état général devenant

1. Hancock : *London Medical Gazette*, septembre 1848.

2. Pravaz : *De la périlyphlite et de son traitement*. Thèse de Lyon 1888.

tout à fait grave, « air anxieux, nez pincé, pouls filiforme, vomissements, langue brune, pas de sommeil, peau froide et rugueuse, frissons répétés, » Hancock proposa et fit l'opération le 14e jour sans avoir pu au préalable trouver de fluctuation... La malade guérit. »

En Amérique cette incision hâtive fut proposée par Lewis (1) en 1856 et vulgarisée par W. Parker (2) en 1867 ; ce chirurgien la pratiquait, paraît-il, depuis 1843. Dans une note lue devant la Société médicale des Etats-Unis de New-York, le 3 février 1875, M. le Dr Gouley, (3) chirurgien de l'hôpital de Bellevue à New-York, insiste tout particulièrement sur cette méthode qui consiste à ouvrir de bonne heure l'abcès périty phlique, pour prévenir son ouverture dans la cavité péritonéale ou au dehors. Cette incision prématurée doit être pratiquée dès que les symptômes deviennent menaçants ; il n'est pas nécessaire qu'il y ait de la fluctuation. Gouley croit qu'on ne doit pas la faire avant le septième jour ; dans cette note il rapporte 25 cas traités par ce procédé tant en Amérique qu'en Angleterre, il y a eu 8 morts et 17 guérisons. En 1882, le docteur Noyes (4) publie une statistique de 100 cas avec seulement 15 décès. En présence de ces résultats les chirurgiens américains, dès 1885, se mettent à opérer de bonne heure l'abcès appendiculaire. Réginald Fitz (5) de Boston, en 1886, réunit 209 cas de typhlites et

1. Levis: *New-York medical journal of médecine.* 1856.
2. Parker. *New-York medical Record,* 1867.
3. Gouley. *New-York. Académie of médecine* 1875.
4. Noyes. *Transac of the Rhode Island. Med Soc.* 1886.
5. Rég. Fitz *Perf. Inflamm. of the vermiform appendix. American journal of médic. sciences* octobre 1886.

de périty phlites et 257 cas d'appendicites perforantes, suivies de péritonites généralisées ou enkystées ; il termine en proposant dans ces cas une intervention chirurgicale précoce. Il revient à la charge en 1888 et entraîne à sa suite les autres chirurgiens américains, Sands, Mac-Burney (1), Bull, Smith, Elliot, Porter, etc. Les succès de l'antisepsie naissante les encouragent et ils n'hésitent pas à ouvrir le ventre de bonne heure pour réséquer l'appendice.

En Angleterre la pratique est la même, mais avec un peu plus de réserve : ici le nombre d'interventions est plus restreint que chez les Américains. Les chirurgiens anglais, tout en étant partisans d'une intervention même hâtive, suivent en général la conduite prudente de Trèves (2) qui reproche vivement aux Américains leur rapidité opératoire. West, Allingham, Clarke, Fowler, Lawson-Tait font paraître une quantité de travaux sur les accidents appendiculaires.

Il faut ici se demander à quel moment de la maladie intervenaient les chirurgiens anglo-américains : Presque tous, dans le Nouveau-monde, pratiquent l'ablation de l'appendice dès les deux ou quatre premiers jours après les premiers symptômes ; ils sont en progrès sur la pratique de Gouley qui attendait généralement le huitième jour. « Burney fait remarquer que l'appendicite est une affection essentiellement septique et que la septicémie généralisée contre laquelle toute thérapeutique est impuissante peut

1. Mac-Burney. *New York medical Journal*, décembre 1889.
2. Trèves. *The lancet* 1889.

commencer dès le troisième jour. Doit-on opérer cette affection le premier jour ? Non, car si d'un côté le diagnostic est difficile, d'autre part nous avons des cas bénins qui guérissent spontanément ; on distinguera ceux-ci à l'allure modérée de la température, au peu d'intensité de la douleur,au facies, à l'état des forces du malade, au tympanisme modéré ; mais toujours le malade sera soumis à une surveillance de tous les instants, car ces formes si bénignes peuvent rapidement devenir graves ». (*Benoit*) (1). Lorsque, au bout de 36 heures, la maladie ne présente aucun symptôme de défervescence il faut intervenir, sans attendre que la péritonite généralisée soit de toute évidence ; dans la plupart des cas les symptômes sont suffisants pour que l'on puisse savoir, au bout de 36 heures, s'il faut opérer ou non. « Il est possible ajoute-t-il, qu'avec cette manière de procéder nous enlevions l'appendice à des sujets qui auraient guéri sans intervention ; mais nous supprimons la possibilité d'une récidive et le danger d'une péritonite généralisée ».

En Angleterre, on est plus opportuniste et Stimson distingue deux cas, suivant que la collection purulente est intra ou extra péritonéale ; pour Clarke et Smith (2) l'intervention ne peut presque jamais se faire avant le cinquième jour, à cause de la difficulté du diagnostic et du peu de symptômes fournis par la collection du début, surtout quand elle se fait à la partie postérieure du cæcum.

1. Benoit. *Contribution à l'étude des appendicites* : Thèse de Paris 1891.

2. Clarke et Smith. *The Lancet* 1890.

Trèves s'élève d'une façon absolue contre les ponctions évacuatrices ou exploratrices qui sont employées par quelques chirurgiens américains. Dans les typhlites à répétition, l'auteur conseille l'ablation de l'appendice iléo-cœcal qui doit être pratiquée à froid, c'est-à-dire quand il n'existe plus aucun symptôme inflammatoire.

L'ouverture du péritoine n'était plus un arrêt de mort pour le malade. D'autant mieux qu'au sujet de la périty-phlite des connaissances nouvelles étaient acquises, qui détrônaient l'an ienne pathogénie d'Albers de Bonn et les données anatomo-pathologiques de Ménière. Tuffier (1) étudie les rapports du péritoine avec le cœcum et l'appendice vermiculaire ; il montre, après Bardeleben (2) (1849) et Luschka (3) (1861), que dans la grande majorité des cas, le cœcum est entièrement enveloppé par la séreuse, et que la main peut faire le tour du cœcum dans le péritoine comme elle fait le tour du cœur dans le péricarde ; les recherches de Tuffier sont confirmées par celles de Trèves (4) et, au lieu des abcès cellulaires péricœcaux, on commence à envisager la péritonite (5) appendiculaire, qu'on décompose en localisée et en généralisée ; les abcès sous-séreux sont relégués au second plan : Weir n'en

1. Tuffier. *Etude sur le cœcum et ses hernies. Archives générales de médecine.* Tome XIX, 1887.

2. Bardeleben. *Archives de Wirchow*, 1849.

3. *Arch. f. Path. Anat. et Phys*, Luschka. 1861.

4. Trèves. *British medical*, 1885 et 1887.

5. With. *La péritonite appendiculaire.* Congrès de Copenhague, 1884.

compte que 5 sur 100 observations, et Maurin (1), seulement 4 pour 94 typhlo-appendicites. En même temps Mac-Burney (2) substitue au mot typhlite, le mot appendicite, car la plupart des observations montrent que c'est l'appendice qui est généralement la cause de tous les accidents. Il n'est donc pas extraordinaire que les chirurgiens aient eu l'idée d'enlever de bonne heure, comme traitement curatif et préventif, un organe en voie d'atrophie, dont le rôle physiologique apparaît comme nul et qui, au point de vue pathologique, constitue un perpétuel danger. La thèse de Pravaz (3), le travail si complet et si documenté notre de maître Maurin, les divers articles de Talamon (4) dans la *Médecine moderne*, son ouvrage de la bibliothèque Charcot-Debove montrent d'une façon parfaite quelle a été l'évolution des idées au sujet de l'appendicite.

Quatrième période. — *Les Indications actuelles* 1890-1900.

En Europe cependant, sauf peut-être en Allemagne, l'intervention précoce réunit moins d'adeptes. Le traitement de la périty phlite appartient encore aux médecins

1. Maurin. *Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire.* Thèse de Paris, 1890.

2. Mac Burney. *New-York medical journal.* 1889.

3. Pravaz. Thèse de Lyon 1888. *De la périty phlite et de son traitement.*

4. Talamon. 1° *Médecine moderne*, 1882-1892. 2° *Appendicite et périty phlite*, 1892.

et les chirurgiens n'interviennent guère que pour inciser des abcès à fleur de peau. Les statistiques médicales sont d'ailleurs rassurantes : Sahli (1) en 1884 examine 7.213 observations de périty phlites et constate 91 0/0 de guérisons médicales ; la statistique de Biermer (2) est plus favorable encore, puisque sur 100 cas il ne signale que deux morts. Le traitement médical a pour base le repos du corps et l'immobilisation de l'intestin : « Nous estimons avec d'illustres maîtres, dit Jégie dans la *Médecine moderne* (3), qu'il y a contre indication des purgatifs énergiques ; nous donnons la préférence aux moyens calmants, auxquels il nous paraît utile d'ajouter l'antisepsie intestinale : la belladone et le charbon pulvérisé suffisent en général. Les agents révulsifs, de préférence un petit vésicatoire, contribuent à l'apaisement de l'élément douleur ». Talamon (4) écrit la même année · « La conclusion est que pour l'appendicite aiguë le dilemme suivant se pose fatalement au chirurgien : ou bien opérer immédiatement dès que le diagnostic d'appendicite est porté, comme le font certains chirurgiens américains, et alors on risque de faire une opération en somme assez grave pour une affection qui aurait parfaitement guéri par les moyens médicaux, ou bien attendre pour opérer que les accidents

1. Sahli. *Ueber die path.ind. therapie bei Perityphlitis. Correspond. Bl. f. Schw.*, sept. et oct. 1884.

2. Biermer. *Traitement sédatif de la périty phlite et de l'ileus : Breslauer Aerstlicher Zeitschrift*, 1879.

3. Jégie. *Médecine moderne* : 18 sept. 1890. *Appendicite stercorale simple. Diagnostic et traitement.*

4. Talamon. *Médecine moderne*, 1890.

s'aggravent, et alors on tombe sur un appendice déjà nécrosé et perforé, avec périty phlite et péritonite généralisée. La tendance des chirurgiens français, à en juger par la discussion soulevée dernièrement à la Société de chirurgie par Berger, paraît être de s'en tenir à la seconde alternative. On ne saurait vraiment les en blâmer, bien que les chances de réussites soient moindres, car il paraîtrait peut-être excessif de poser en règle l'ouver ture du ventre pour toute crise de colique abdominale suivie d'une douleur vive localisée dans la fosse iliaque ». Bref, vers 1890, les indications opératoires, en Europe sont les suivantes : N'opérer que dès qu'on a la certitude de l'existence d'un abcès ou lorsqu'il existe des symptônes graves de péritonite généralisée. C'est l'opération tardive, « à froid », qui est généralement conseillée. Tréves (1) en pose les indication en 1889. « A Paris, dit Jalaguier (2), la première résection à froid pour appendicite à répétition fut faite par Schwartz (1891), la seconde par Routier (1891), la troisième par moi (1892) ».

Les chirurgiens suisses, à cette époque, doivent passer pour des ultra-interventionnistes : Pour Krafft (3) le traitement de la périty phlite entre absolument dans le domaine de la chirurgie et une opération seule peut la guérir en écartant les dangers d'une récidive. Le traitement médical en effet n'empêche pas de nouvelles crises

1. Trèves. *Medico. chirurg. Transactions*, février 1889.

2. Jalaguier. *In traité de chirurgie de Duplay et Reclus.* Tome VI.

3. Krafft. *Revue médicale de la Suisse romande.* 30 octobre 1888.

appendiculaires et n'amène pas la résorption du pus ; en sorte que soignée médicalement, la périty phlite ne peut se terminer que de trois manières : « par la mort à la première attaque (péritonite généralisée) ; par une complication plus grave qu'elle-même (suppuration secondaire) ; par une guérison qui n'est qu'apparente dans le plus grand nombre des cas, (récidives fréquentes). » Au 4me congrès de chirurgie (1889) Roux de Lausanne (1), qu'il faut toujours citer en manière d'appendicite, insiste sur la nécessité de substituer une prophylaxie quelque peu audacieuse au traitement tardif dont les résultats ne sont pas brillants. Il expose ses idées dans une série d'articles parus dans la « *Revue médicale de la Suisse Romande* » en 1890 et en 1891. « De tous temps, dit-il, on a incisé les abcès para ou périty phliques, lorsque la fluctuation était évidente, ou quand l'infiltration et l'amincissement des téguments ne laissaient aucun doute sur la présence du pus... Nous croyons pouvoir démontrer, non seulement que le traitement opératoire de la périty phlite suppurée est rationnel, mais encore et surtout que cette opération doit prendre rang parmi les bonnes et qu'elle est assez simple pour entrer dans la pratique journalière, et passer des mains du chirurgien de profession dans celle du praticien de campagne, au même titre de cas qu'une herniotomie... (Les praticiens) pourront se convaincre qu'on peut avancer de plus en

1. 4me *Congrès français de Chirurgie* 1889.
2. *Revue médicale de la Suisse romande* 1890.
3. *Revue médicale de la Suisse romande* 1891.

plus le moment de l'intervention et que, si le bistouri est bon pour ouvrir de vieilles collections péri-cœcales prêtes à crever spontanément, il conduit aussi sur des amas de pus quelques heures après le début de la maladie ». Le traitement médical est nul ou nuisible : Les purgatifs ne servent qu'à rompre les adhérences et à généraliser l'infection ; il en est de même des lavements ; les sangsues calment la douleur mais sont sans action sur le mal lui-même ; la glace ne sert qu'à occuper le malade ou son entourage ; les frictions d'onguent napolitain risquent de brusquer la perforation dans le péritoine ; l'opium seul est utile, car il arrête les mouvements péristaltiques et calme le malade ; en somme le traitement médical n'est qu'une « expectation sans armes » et il convient de le remplacer par une thérapeutique plus active. Il expose ensuite les indications et la technique de l'intervention chirurgicale : il ne s'agit pas, bien entendu, d'ouvrir le ventre à la première alerte, mais seulement lorsqu'on est certain qu'il y a du pus, malgré l'absence de fluctuation, et qu'on a attendu un temps suffisant pour que l'abcès soit « extra-péritonéalisé » par les adhérences. « La seule indication chirurgicale est l'évacuation du pus pour prévenir la perforation dans le péritoine, ou bien, si la perforation a eu lieu, sa neutralisation... La résection de l'appendice, très désirable et urgente dans de bonnes conditions, est subordonnée à l'état du malade ». Mais Roux a bien soin d'insister sur ce point que son intervention n'est pas une exploration prématurée dès la moindre colique appendiculaire ; son incision iliaque a pour but seulement de favoriser hâtivement l'évacuation d'une

collection purulente qui peut être dangereuse d'un moment à l'autre. Dans les cas de péritonite généralisée le praticien pourra se croiser les bras chirurgicalement, car ces cas sont surtout du ressort des pompes funèbres ; il devra également s'abstenir dans les cas où il ne constatera pas de tuméfaction iliaque ni d'infiltration cœcale ; pour ce qui est de l'appendicite à rechutes, la résection de l'appendice entre deux crises est indiquée, car chacun des accès nouveaux peut être mortel.

Cette opinion ne fut pas admise par tous les médecins ; le professeur Révilliod (1) réfuta en partie les arguments de Roux, et fit observer à son « collègue chirurgien qu'il passait un peu vite à pieds joints sur la période de début des accidents, période des plus importantes à observer et à traiter, période éminemment et uniquement médicale, et qui, bien observée et bien traitée, pourra constituer à elle seule toute la maladie ». C'est alors qu'une poignée de sangsues, ne fût-ce qu'une ou deux, coupent le mal dans sa racine. Talamon (1), à son tour, a bien soin de distinguer les formes qui ressortissent au chirurgien et celles qui doivent être traitées médicalement. Il ne faut pas ouvrir le ventre pour toutes les inflammations appendiculaires, car alors on pourrait tout aussi bien dire que le seul traitement de l'inflammation pleurale est l'incision de la paroi thoracique. « En somme, dit-il, qu'il s'agisse de formes aiguës ou de formes chroniques, le traitement de l'appendicite ne saurait être la part exclusive ni du mé-

1. Revilliod. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1892.
2. Talamon : *Loco citato.*

decin ni du chirurgien. Le premier a trop de tendance à une temporisation qui peut-être souvent fatale au malade ; le second est trop porté à en appeler immédiatement à son bistouri, qui est souvent inutile. Le concours de ces deux représentants de l'art de guérir peut seul amener une sage et saine appréciation de la conduite à tenir », et si le médecin fait appeler le chirurgien, il faut que ce dernier soit bien convaincu d'avance que c'est moins à son bistouri qu'à son jugement que le premier s'adresse.

Les chirurgiens par contre adoptent pleinement les théories du chirurgien de Lausanne... et ils vont bien au delà. Les nombreuses discussions au sujet de l'appendicite et de son traitement qui eurent lieu à la Société de chirurgie (1) pendant l'année 1895 sont très instructives à cet égard. — Monod intervient en général d'une façon précoce : 19 fois au bout de 13 jours, 1 fois au bout de 15 jours, 2 fois au bout de 21 jours, 6 fois au bout d'un mois, 1 fois au bout de 2 mois, 3 fois du 3 au 4e jour. Dans les cas d'appendicites aiguës il n'a jamais regretté d'avoir opéré trop tôt, plusieurs fois il s'est repenti d'avoir agi trop tard; il n'y a pas d'hésitation possible lorsque le foyer purulent s'est rapproché des téguments, ni lorsque la péritonite est généralisée ou en voie de généralisation. — Pour Tuffier la temporisation est dangereuse ; il faut aller au devant du pus partout où il existe, et dans l'appendicite il en a toujours trouvé. — Les 19 cas d'appendicites que Brun a observés depuis environ un an, lui paraissent plaider fortement en faveur de l'intervention chirur-

1. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1895.

gicale aussi précoce que possible. « Je n'ai pas un instant, dit-il, l'intention de mettre en doute la possibilité de la guérison par le traitement médical, mais je crois fermement qu'en présence d'un cas déterminé, il est presque toujours, sinon toujours, impossible de porter un pronostic certain, et de dire si, oui ou non, le malade que l'on observe est à l'abri d'accidents péritonéaux rapidement mortels. Attendre dans ces conditions, pour se décider à intervenir, qu'une alerte vienne à se produire, ce sera souvent, pour ne pas dire toujours, s'exposer à n'opérer que lorsque la péritonite sera généralisée, c'est-à-dire dans les plus mauvaises conditions » — Routier croit qu'on n'agit jamais trop tôt — Pour Quénu, dans tous les cas d'appendicites avec infection généralisée du péritoine, l'intervention de rigueur est la laparotomie ; la seule contre-indication est fournie par l'extrême faiblesse du malade. Si on peut temporiser dans les appendicites subaiguës, les cas vraiment aigus doivent être incisés dès les premiers jours, dès qu'un empâtement certain de la fosse iliaque indique la réaction de la séreuse. — Schwartz intervient tardivement dans les appendicites subaiguës ; les appendicites enkystées seront ouvertes le plus tôt possible, dès que la présence du pus pourra être soupçonnée. Dans le doute il ne faut jamais s'abstenir ; les formes à récidives seront opérées à froid — Poirier intervient toujours quand il y a douleur et empâtement — Reclus est toujours un interventionniste convaincu et si « les médecins rapportent tant de cas de guérisons, c'est que l'appendicite, à côté des guérisons réelles, compte nombre de fausses guérisons » — Février, au cas d'appendicite chro-

nique, assure que la seule conclusion pratique qui s'impose, c'est que le traitement chirurgical, même après une seule attaque apparaît comme le traitement de choix. « Si l'on réfléchit qu'il s'agit de lésions permanentes qui s'aggravent à chaque poussée nouvelle, on voit quels dangers courent les malades qui en sont atteints, et quelle nécessité, dirons-nous volontiers, il y a de les débarrasser d'une menace continuelle par une opération à froid généralement très bénigne, puisque dans une statistique des plus récentes, celle de Damaye (1) qui porte sur 181 cas, la mortalité est évaluée à 1.61 pour 100 » — Reynier, tout en reconnaissant que l'appendicite soignée médicalement guérit souvent bien et définitivement, partage en général les idées des auteurs précédents : « Ma règle de conduite, dit-il, quand je suis appelé au début d'une appendicite, est de combattre cette réaction péritonéale primitive et de favoriser la localisation par des applications de glace, puis de relever le cœur par des injections de caféïne et de sérum artificiel. Quand le shock a diminué, quand le pouls s'est remonté, j'interviens, ne risquant pas une opération, où le shock chloroformique et opératoire vient aggraver l'état de dépression du malade.... C'est au moment où les phénomènes semblent se calmer, vers le 4e jour, qu'il faut intervenir. Si je peux, c'est-à-dire si l'état général et l'état local me le permettent, je temporise encore quelque jours, pour permettre aux adhérences de mieux se former. »

Au 13e Congrès allemand de médecine interne tenu

1. Damaye. *Thèse de Paris*, février 1895.

à Munich les 2-5 avril 1895 (1), on eut beau signaler la possibilité de guérisons médicales soit par résorption du pus, soit par oblitération de l'appendicite, soit par transformation du pus en exsudat stérile, le traitement de l'appendicite était complètement tombé dans le domaine de la chirurgie. Le professeur Dieulafoy vint le déclarer à l'Académie de médecine au mois de mars 1896 (2), dans une communication sensationnelle, dont je cite tout au long les conclusions : « Je le dis avec une entière conviction : il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite. Le traitement médical n'est bon qu'à nous faire perdre un temps précieux. Il est bien entendu qu'on doit soulager les malades ; il n'est pas contre-indiqué de faire usage d'antipyrine, d'injections de morphine et autres moyens calmants, mais encore une fois ne nous méprenons pas sur l'efficacité de ces moyens ; trop souvent ils nous font admettre une détente de la maladie, alors qu'ils en masquent les symptômes. En face d'une amélioration factice, on se laisse aller à une douce quiétude, on pense hélas ! à la soi-disant typhlite, à la soi-disant colique appendiculaire, on est de bonne foi quand on annonce la guérison du malade, et le malade meurt pour n'avoir pas été opéré à temps ou pour n'avoir pas été opéré du tout ».

« Le traitement chirurgical est donc à mon avis le seul traitement rationnel de l'appendicite, il est le seul qui

1. XIII. Congrès allemand de médecine interne. Munich, 2-5 avril 1895.

2. Dieulafoy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 10 mars 1896.

mette à l'abri des accidents immédiats et des accidents éloignés ; il est le seul qui prévienne les rechutes et leurs conséquences. On me citera des exemples de malades qui ont guéri sans opération ; certes oui, nous en avons bien vus, mais je citerai par contre des exemples nombreux de malades qui ont succombé classiquement parce que l'opération avait été à tort rejetée ou ajournée.

« C'est donc à nous, médecins, de savoir prendre des décisions, c'est à nous de faire passer dans les familles qui se confient à nos soins la conviction qui nous anime. Trop souvent nous faisons appeler le chirurgien après avoir longtemps hésité et après avoir épuisé l'inutile bagage de nos moyens médicaux ; il ne suffit pas seulement d'opérer, il faut opérer en temps voulu ».

« Il est une formule que je voudrais bien graver dans l'esprit de ceux qui pourraient encore être hésitants : on ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite, on se repent souvent de ne pas avoir opéré ou d'avoir opéré trop tard ».

Le 8 novembre 1898, le professeur Dieulafoy (1) revient à la charge, et, après une étude magistrale de la toxicité de l'appendicite, termine par ces mots : « L'appendicite, c'est la grande maladie abdominale ; nulle autre ne peut lui être comparée ; par sa fréquence, par ses allures, par ses surprises, par sa gravité, elle doit toujours nous tenir en éveil. Aussi faut-il s'attacher à la bien dépister afin d'agir sans retard ; il y a là un foyer toxi-infectieux

1. Dieulafoy. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 8 novembre 1898.

qu'il faut supprimer dès qu'il se démasque ; agir autrement, attendre, tergiverser, temporiser, c'est aller au devant des pires catastrophes. Aussi je ne saurais le proclamer assez haut, le seul traitement de l'appendicite, c'est l'intervention chirurgicale précoce ; c'est l'ablation du foyer toxi-infectieux. Avec un bon diagnostic, avec une opération faite suivant les règles de l'art, on ne doit jamais mourir d'appendicite ». A la Société de chirurgie, après une analyse de la pratique de Reclus, Poirier (1) avait déjà dit : « Pour ma part je vais un peu plus loin et je conclus, de l'étude de 17 cas, que sous toutes les formes et à tous ses degrés l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible ».

L'absolutisme de ces propositions souleva une protestation en partie double à l'Académie de médecine et à la Société de Chirurgie. Du côté des médecins, c'est Dumontpallier (2) qui apporte une satistique formidable de guérisons médicales ; de l'examen de 8000 observations il relève 93 0/0 de succès, et répondant du tact au tact au professeur Dieulafoy, il termine en disant : « le traitement médical de l'appendicte est rationnel ; il est utile ; il est le plus souvent suffisant ; l'intervention chirurgicale doit être réservée à des cas nettement déterminés ». — C'est Milliard (3) qui sur 11 malades soignés médicalement n'en a pas perdu un seul. — C'est Ferrand (4), mon

1. Poirier. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.* Séance du 6 juillet 1898.

2. Dumontpallier. *Bull. de l'Acad. de méd.* Séancedu 4 mai 1897 .

3. Milliard. *Académie de médecine.*

4. Ferrand. *Bul. de l'Acad. de Méd.*, 1er février 1899.

regretté maître, qui vient à son tour défendre l'ancienne thérapeutique, substituant à l'opium et aux purgatifs, la belladone qui calme la douleur, qui favorise le mouvement vermiculaire et augmente les sécrétions intestinales. — C'est Révilliod (1) qui, en présence des nombreuses erreurs de diagnostic, se montre « expectatif à l'égard de la chirurgie » et qui « s'appuyant avec Roux lui-même sur la possibilité de la résorption du pus, ou de son issue favorable et spontanée dans le cœcum ou dans tout autre segment du tube intestinal, » est favorable au traitement médical ; aussi bien sur 70 périty phlites qu'il a soignées, 10 seulement ont suppuré et encore 5 de ces malades au moins étaient-ils déjà, avant leur entrée à l'hôpital, porteurs de ces foyers de suppuration. — C'est enfin Larcher (2) qui affirme l'efficacité du traitement médical puisque sur 21 malades il en a guéri 21 ; et qui, constatant que les récidives ne se montrent que dans le tiers des cas, estime inutile l'opération à froid chez les personnes à occupations sédentaires et qui peuvent suivre les règles d'une hygiène suffisante.

Du côté des chirurgiens, c'est Le Dentu (3) qui fait remarquer qu'on « mourra encore quelquefois d'appendicite aiguë après opération ». — C'est Léon Labbé (4) qui estime que « dans le cas actuel, on peut affirmer que

1. Révilliod. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1892.

2. Larcher. 13 : *Congrès français de chirurgie*, 1899.

3. Le Dentu. *Bulletins de l'Académie de médecine*, novembre 1898.

4. L. Labbé. *Bulletins de l'Académie de médecine*, novembre 1898.

n'importe l'heure à laquelle on intervienne et quelles que soient les précautions dont on s'entoure, il y a des cas d'appendicites où une issue funeste ne peut être conjurée ». — C'est le professeur Tillaux (1) dont le « robuste bon sens » tient à protester : « Je ne puis, Messieurs, accepter une conclusion aussi formelle, car, quoi que vous fassiez, vous perdrez des malades opérés d'appendicite, et alors dans quelle situation vous trouverez-vous ! Dans la communication à laquelle je fais allusion, l'auteur rapporte un cas de M. Routier lui-même : enfant pris d'appendicite le samedi, opéré le dimanche à midi... et mort. Comment aurait-on pu mieux remplir les conditions requises que ne l'a fait notre collègue Routier et cependant son malade est mort ». — Déjà Reynier (2) en 1896, avait défendu des idées moins radicales à la *Société de médecine et de chirurgie pratiques*, estimant qu'un traitement médical, au début de toute crise d'appendicite, préparait à merveille l'intervention chirurgicale. — Déjà Roux (3), l'ultra-interventionniste d'antan, avait sonné le tocsin d'alarme : « En attendant, dit-il au 9e Congrès français de chirurgie, que l'observation clinique nous permette de distinguer les cas dans lesquels une intervention immédiate peut seule offrir une chance de vie, intervention que l'on tenterait, quoique ce soit comme *ultima ratio*, c'est-à-dire les cas dans lesquels il n'y a aucune réaction de défense péritonéale, il y aurait un moyen

1. Tillaux. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 4 janvier 1899.

2. Reynier. *Société de médecine et de chirurgie pratiques*, 1896.

3. Roux. 13e Congrès français de chirurgie, 1899.

assez simple de juger la nouvelle manière interventionniste, ce serait de comparer les statistiques intégrales de quelques abstentionnistes pétrifiés, avec celles d'opérateurs à la Dieulafoy... et on devrait conclure : On ne meurt plus d'appendicite, on en périt ».

A la Société de chirurgie, en 1899, on discuta chirurgicalement ; il ne fut pas en effet question du traitement médical, sinon pour le proscrire. Tous les membres de la société sont unanimes à reconnaître que, sauf peut-être dans les cas d'une bénignité extrême, l'ancienne colique appendiculaire de Talamon, dont le diagnostic d'ailleurs est souvent douteux, le traitement médical reste inefficace ; il peut guérir la crise, mais ne guérit pas la maladie ; le malade reste sujet à des accidents d'autant plus redoutables que la première attaque a été plus légère, car le péritoine n'a pas pu organiser de moyens de défenses ; le meilleur moyen de n'être pas tracassé par son appendice, c'est encore de l'« avoir dans sa poche ». Mais là où les chirurgiens ne furent plus d'accord, ce fut quand il s'agit de préciser le meilleur moment pour l'intervention. Les uns, *les radicaux*, hantés par la crainte de la péritonite et des accidents redoutables qui peuvent éclater au loin dans le cours de l'appendicite, et estimant que la temporisation les provoque le plus souvent, adoptent la formule de Poirier : opérer toujours et tout de suite ; tel est l'avis de Reclus, Chaput, Segond, Pozzi, Poirier, Routier, Kirmisson, Tuffier, Michaux, Hartmann, Picqué, Peyrot, Gérard, Marchand... etc. Les autres, *les opportunistes*, en présence des difficultés du diagnostic et des dangers de l'opération « à chaud » laquelle d'ail-

leurs est souvent incomplète et nécessite plus tard une intervention nouvelle, convaincus d'autre part qu'un traitement médical rigoureux institué au début de toute appendicite, peut faire avorter la crise ou du moins diminuer la fréquence des formes graves en favorisant la localisation de la péritonite, considérant enfin que l'opération « à froid » est inoffensive, facile, « idéale », complète, qu'elle « supprime l'épée de Damoclès sans affaiblir la peau du « ventre », sont d'avis qu'il faut « se comporter suivant les formes cliniques observées », qu'il est préférable de refroidir l'appendicite, tout en se tenant prêt à agir au moindre symptôme alarmant, afin de pouvoir faire plus tard une opération complète, « la cure radicale de l'appendicite » (Walther). Telle est l'opinion de Reynier, Aug. Broca, Guinard, Walther, Jalaguier, Brun, Ricard... etc... Et pour terminer cette longue exposition nous ne saurions mieux faire que de donner les conclusions d'Aug. Broca (1), après qu'il eut *trouvé son chemin de Damas :* « Le traitement de l'appendicite varie considérablement à la fois dans ses indications et dans sa technique, selon la forme de la lésion pour laquelle le chirurgien est appelé... Lorsqu'il y a une douzaine d'années, les chirurgiens ont découvert l'appendicite, il y eut une fièvre opératoire bien excusable. Après quoi bon nombre d'entre nous s'assagirent. J'ai été de ceux-là et lorsque j'eus appris à poser des indications opératoires, au lieu d'opérer toujours et tout de suite, j'ai vu la mortalité diminuer.

1. A. Broca. *Les actualités médicales. L'appendicite,* 1900.

Je crois que cette opinion rallie presque l'unanimité parmi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux d'enfants, parmi ceux par conséquent qui voient le plus d'appendicites ».

LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

I. — Considérations générales.

Abstraction faite de la coprostase, de la typhlite, de la colique appendiculaire, dont le diagnostic d'ailleurs est souvent douteux, l'appendicite est une maladie chirurgicale qui presque toujours doit être traitée chirurgicalement. Si le traitement médical peut guérir la crise même, lorsqu'il y a du pus, et personne ne le conteste, il ne met pas à l'abri des récidives. Le malade reste sujet à des accidents redoutables, surtout quand la première attaque a été légère et la réaction péritonéale presque nulle. C'est un infirme au même titre que le hernieux : chez l'un la hernie s'étranglera à l'occasion du moindre excès et chez l'autre l'appendicite récidivera à l'occasion des diverses congestions viscérales pathologiques ou simplement physiologiques ; une opération seule peut les guérir radicalement.

Cependant les médecins ont accumulé des preuves si considérables en faveur de l'ancienne méthode que nous sommes bien obligé d'en tenir compte et d'en faire un examen critique.

Une enquête (1) faite en Suisse et portant sur 6.740

1. Dumontpallier, Académie de médecine, 4 mai 1897.

cas d'appendicites non opérées donne 91.2 0/0 de guérisons médicales.

Renvers, en 6 ans, observe 2000 cas dans l'armée allemande et trouve 96 0/0 de guérisons.

Guttmann, à l'Hôpital Moabit, a soigné, depuis 1879, 96 cas de pérityphlites et a obtenu 91 guérisons.

Fürbringer, à l'Hôpital de Friedrichshain, en 4 ans, observe 120 cas de pérityphlites et constate 78 0/0 de guérisons, 12 0/0 d'améliorations, 10 0/0 de mortalité.

Fowler, à l'Hôpital de Middlesex trouve en 10 ans 99 cas de pérityphlites avec 84 de guérisons.

Sahli constate .	91 0/0	de guérisons.		
Gaillard . . .	93.21 0/0	—		
Biermer. . . .	98 0/0	—		
Hellander sur. .	80 cas	observe	80	guérisons.
Baring	68	—	62	—
Revilliod . . .	70	—	66	—
Curschmann . .	452	—	427	—
Renvers. . . .	54	—	51	—
Talamon . . .	80	—	72	—
Robin	82	—	79	—
Larcher. . . .	21	—	21	—
Chauvel. . . .	83	—	58	—
Milliard . . .	11	—	11	—
Nimier	14	—	14	—

De l'examen de ces diverses statistiques, Dumontpallier conclut que le traitement médical donne en moyenne 93 0/0 de succès et fait observer que les formes graves n'exis-

tent que dans 10 0/0 des cas ; Leudet (1) d'ailleurs n'avait trouvé qu'une péritonite généralisée pour 53 observations. Ces chiffres sont éloquents et on comprend que le professeur Tillaux dise que « l'appendicite guérit sans intervention dans la très grande majorité des cas surtout à une première attaque », et que Talamon soutienne que « la moitié des cas appartiennent aux formes légères et sont susceptibles de guérir médicalement ».

Nous ferons remarquer cependant qu'un très grand nombre de ces observations ont été recueillies à une époque où le diagnostic de l'appendicite ne devait pas être très précis ; rien n'indique d'autre part que le même malade ne figure pas plusieurs fois dans ces diverses statistiques ; rien ne permet d'affirmer que la guérison ait été absolue et que le patient ne soit pas mort ultérieurement d'une nouvelle attaque. Enfin, nous dirons, après bien d'autres d'ailleurs, que si les statistiques médicales sont si favorables, c'est que les médecins n'observent que des formes bénignes et qu'ils appellent le chirurgien dès que les symptômes deviennent alarmants.

Le mécanisme de ces guérisons spontanées est très variable ; il est surtout bien connu depuis que les interventions à froid se sont multipliées :

A. — L'abcès péri-cœcal se vide à l'extérieur ou dans un organe creux de l'abdomen ou du bassin. Cette terminaison est connue depuis longtemps ; au temps de Grisolle, un certain nombre de chirurgiens, observant à l'égard du péritoine une prudente réserve, la considéraient

1. Leudet. *Loc. cit.*

comme favorable. Paulier (1), dans sa thèse inaugurale nous donne la statistique suivante :

Ouverture à l'extérieur.	38 fois
Dans la cavité péritonéale	8 —
Dans le cœcum.	15 —
Dans le rectum.	2 —
Dans la cavité thoracique	2 —
Dans la vessie	2 —
Dans l'artère iliaque interne . . .	2 —

Fitz sur 180 cas, signale 33 évacuations spontanées. C'est le siège de l'abcès qui régit le lieu de la perforation : Dans la forme pelvienne, l'ouverture évidemment se fera surtout dans le rectum, le vagin ou la vessie ; dans la forme péri-cœcale latérale ou postérieure, elle se fera plutôt au niveau du cœcum ; dans la forme antérieure le pus fusera vers la paroi abdominale ; dans la forme ascendante, c'est le colon qui sera perforé. Lorsque l'abcès s'ouvre à l'extérieur, dans un segment quelconque du tube intestinal, ou dans le vagin, il peut en résulter une guérison spontanée, à condition que le foyer se déterge convenablement et complètement, que l'appendice adultéré soit éliminé avec le pus et qu'une cicatrice solide se produise ; et à ce propos on sait que les tuniques intestinales se réparent assez rapidement. Notre maître, Reynier est un exemple de ces guérisons naturelles : « A l'âge de 16 ans, dit-il, (2) j'eus une appendicite débutant par

1. Paulier, *loc. cit.*

2. Reynier. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1898.

des phénomènes de péritonisme très accentués : ballonnement du ventre, douleurs généralisées, impossibilité de supporter le contact des draps sur le ventre, pseudo-occlusion intestinale, vomissements bilieux, etc. Quelques jours après une accalmie, la température s'élevait, puis, l'abcès probablement s'ouvrant dans le cœcum, tout rentrait dans l'ordre. Depuis 22 ans je n'ai plus rien ressenti du côté de mon appendice ».

B. — L'appendice se transforme en un cordon fibreux. Si l'on examine à ce sujet les pièces obtenues par la résection à froid de l'appendice pour appendicite non suppurée on s'aperçoit « que la sclérose coarctante ou oblitérante est le processus curatif de l'inflammation, ce en quoi d'ailleurs l'appendicite rentre dans la loi commune ». Révilliod en publie un bel exemple dans la *Revue médicale de la Suisse romande* (20 août 1899). « L'appendice que je vous présente, dit-il, peut être considéré comme ayant été le point de départ d'une péritonite généralisée qui s'est déclarée il y a 15 ans, en 1883, chez un homme de 70 ans, lequel a vécu jusqu'à l'âge de 85 ans, (en 1898), sans avoir jamais ressenti aucune suite de cette maladie du moins du côté de l'abdomen ». Le malade mourut de pleuro-pneumonie... « A l'autopsie, allant à la recherche de l'appendice, que nous soupçonnions avoir été l'origine de la péritonite de 1883, nous constatons que le cœcum est maintenu par des adhérences anciennes et solides, qui, à première vue, masquent complètement l'appendice. Après une dissection minutieuse nous libérons celui-ci, qui était englobé dans le tissu cicatriciel... Il a une longueur de 8 cent. et se termine en pointe ayant la

forme et les dimensions d'une queue de souris ; il est transformé en tissu fibreux et complètement oblitéré jusqu'à 14 mm. de l'orifice cœcal, où une bougie n° 8 ne passe qu'avec peine. L'appendice a donc participé aux accidents inflammatoires de 1883 et peut-être marqué leur début, inflammation qui s'est terminée par une atrophie avec transformation fibreuse et oblitération de la plus grande partie du canal. C'est là à coup sûr un mode de guérison préférable à celui qu'aucune opération eût pu obtenir, puisque, vu l'oblitération du canal appendiculaire, aucune récidive n'était possible ».

C. — L'appendice perforé se cicatrise et peut se transformer en kyste aseptique. C'est encore au professeur Révilliod (1) de Lausanne que nous empruntons un exemple de ce troisième mode de guérison. « Il s'agit d'un homme de 50 ans, entré à l'hôpital le 27 mai 1896, pour des accidents bacillaires... Mais en examinant son ventre nous constatons dans la fosse iliaque droite la présence d'une tuméfaction assez dure et donnant l'impression d'une fluctuation profonde. Le malade d'ailleurs ne s'en préoccupe guère, toute son attention se portant sur les phénomènes respiratoires. Interpellé à ce sujet, il dit cependant avoir souffert du ventre dans le courant du mois de mars, s'être alité quelques jours et avoir repris ses travaux, jusqu'à ce que la dyspnée l'ait obligé à entrer à l'hôpital. L'existence probable d'une appendicite suppurée nous détermina à transférer le malade en chirurgie, ce qui fut fait le 4 juin. Ce même jour le professeur Julliard arriva, par plusieurs incisions profondes, sur cette nappe

1. Revilliod *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 août 1899.

de pus qui séjournait là depuis plus de deux mois. La recherche de l'appendice ne fut pas faite, comme nous le verrons. L'incision resta quelque temps fistuleuse puis se cicatrisa. Le 4 août, le malade revint dans notre service pour les symptômes pulmonaires dont nous avons parlé et qui amenèrent sa mort le 4 janvier 1897. L'autopsie faite par le professeur Zahn a révélé d'abord l'absence de suppuration soit au niveau de l'abcès ouvert le 4 juin, soit ailleurs. Quant à l'appendice on peut diviser sa description en trois parties: 1° L'orifice cœcal qui est normal, mais une sonde introduite par cet orifice dans le trajet, butte dans un cul-de-sac à deux centimètres de l'orifice. 2° La partie moyenne qui est non seulement oblitérée, mais on peut dire absente remplacée par un feutrage fibreux, dans lequel il est impossible de trouver le moindre vestige d'appendice. Enfin, troisième partie, l'extrémité périphérique qui se trouve au-delà de cet espace fibreux, parfaitement normale, nourrie par une riche arborisation vasculaire, laquelle rampe dans son mésentère intact. Incisée selon son axe, cette extrémité présente une cavité close, son bout central se perdant dans le tissu cicatriciel. Cette cavité contenait un peu de mucus clair sans traces de suppuration ». Et Revilliod fait suivre l'observation de cette remarque : « Ici encore, toute tentative opératoire à la recherche de l'appendice à chaud ou à froid eut au moins été inutile ». D'autres fois cette portion restée libre de la cavité appendiculaire se tranforme en kyste inoffensif, les microbes ayant disparu : Un médecin lyonnais, le Docteur Lafforgue, en signale un certain nombre de cas dans sa thèse inaugurale.

D. — Le pus se résorbe en totalité ou en partie. Ce mode de guérison, très intéressant, n'est bien connu que depuis qu'un traitement médical rigoureux est institué au début de toute crise appendiculaire et que les résections à froid deviennent plus nombreuses. Les auteurs anciens, se basant précisément sur la disparition possible de la tumeur iliaque croyaient que la périty phlite était presque toujours fibrineuse ; les opérations modernes au contraire ont montré que dans l'immense majorité des cas, il y avait formation du pus. Sonnemburg, sur 80 cas n'en trouve que 4 sans suppuration. « Nous savons bien, disent Forgue et Reclus ; que plusieurs médecins ont de la tendance à nier la présence du pus dans ces collections, en s'appuyant justement sur sa disparition possible. Mais cette rétrocession n'est pas pour nous une preuve de l'absence du pus. D'autres collections purulentes se résorbent aussi dans le ventre et tous les gynécologistes savent que des pelvi-péritonites consécutives aux accouchements, des salpingites purulentes peuvent disparaître sans incision, ni drainage, ne réclamant parfois d'autre traitement que le repos au lit ». Roux, croit également que l'appendicite s'accompagne presque toujours de suppuration : « Quant à la résorption du pus, dit-il, que beaucoup d'écrivains regardent comme improbable et que j'ai un des premiers pu démontrer par une pièce anatomique, elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Elle deviendra la règle lorsqu'on se sera habitué à traiter la périty phlite dès le début par la diète et le repos absolu au lieu des purgatifs avec leur mobilisation fatale. En tous cas je la crois au moins aussi habituelle que la per-

foration dans les cas qui guérissent spontanément... J'ai trouvé ces restes de collections purulentes dans des endroits et à des époques où l'intégrité des anses voisines ne laissaient aucun doute sur leur non-perforation. J'ai vu même la résorption d'abcès contenant des calculs, à plusieurs centimètres de l'appendice perforé, en pleine cavité péritonéale et séparé des anses voisines par des adhérences intimement acculées. Il en est de même de la résorption des adhérences que j'ai vue un peu partout à tous les stades de destruction ».

Donc le pus devenu stérile, ainsi que cela se passe dans certaines collections annexielles, s'épaissit, se caséifie, se calcifie ; et à l'opération on trouve la trace d'un abcès résorbé sous forme de petits grumeaux jaune ocreux, formant un foyer mal circonscrit au milieu d'une gangue graisseuse. Parfois ce sont les parties solides de l'exsudat qui ont disparu et alors on tombe sur une poche à parois fongueuses, remplie d'un liquide épais, brunâtre et inoffensif. L'appendice, englobé dans cette masse caséeuse, subit souvent la même désintégration granulo-graisseuse et est, lui aussi, résorbé plus ou moins complètement. A Lariboisière, dans le service de M. Reynier, nous avons été témoin d'un fait de ce genre. Un malade était opéré d'appendice 40 jours environ après le début des accidents ; à l'ouverture du ventre on trouve un noyau mollasse, semblable à du fromage, en voie de disparition ; l'appendice se perd dans cette masse caséeuse ; il est tout petit, mesure à peine un centimètre et demi de longueur ; il se résorbait de l'extrémité libre à l'extrémité adhérente tandis que l'orifice cœcal était presque oblitéré.

Si nous avons insisté avec quelque complaisance sur ces modes de guérison naturelle, c'est surtout pour en montrer la rareté ; ces guérisons sont d'ailleurs presque toujours incomplètes, car alors même que l'appendice a subi une transformation fibreuse totale, alors même qu'il s'est résorbé ou a été éliminé, il subsiste toujours dans la zône péri-cœcale des fausses membranes, des adhérences épiploïques. qui par leurs tiraillements provoquent de la douleur et des troubles digestifs, tous symptômes de l'appendicite chronique (Walther). Le traitement médical, pour nous, n'est pas curateur ; mais ce n'est pas une raison pour le proscrire d'une façon absolue, car il peut rendre d'utiles services à d'autres points de vue. Les moyens médicaux en effet favorisent la localisation de l'inflammation, augmentent la proportion des formes légères, permettent de combattre souvent la cause de l'appendicite, relèvent le cœur et l'état général dans les intoxications appendiculaires graves, préparent admirablement les voies chrirurgicales, permettant de substituer une opération inoffensive, radicale et sûre, à une intervention souvent incomplète et parfois dangereuse par sa technique et par ses conséquences.

Avec les chirurgiens opportunistes, nous ne croyons pas en effet que l'incision précoce appliquée d'une façon systématique à toute appendicite qui commence soit toujours justifiée parce qu'inoffensive et seule indiquée. Abstraction faite des péritonites généralisées avec inondation purulente de la séreuse et grand fracas symptomatologique ; abstraction faite des malades qui se présentent au chirurgien avec un vaste abcès péri-cœcal ; faisant

des réserves au sujet de l'appendicite infantile, parce que chez les enfants les perforations sont plus fréquentes, le péritoine moins tolérant et le traitement médical plus difficile à instituer dans toute sa rigueur; faisant encore des réserves au sujet de l'appendicite puerpérale qui en raison du voisinage de la zone génitale et de l'infection hépatique possible (1) mérite peut-être d'être traitée plus hâtivement que l'appendicite non puerpérale; nous pensons avec Roux que « ce n'est pas de la saine chirurgie que d'ouvrir le ventre à son prochain de 4 à 26 heures après qu'il a eu une tranchée violente dans la fosse iliaque droite ». Il ne s'agit pas seulement d'opérer à temps; il s'agit surtout de ne pas opérer à contre temps. Et lorsque Gosselin affirma que, dans le cas de hernie étranglée, le praticien ne devrait pas quitter le malade avant d'avoir paré aux accidents par le taxis ou l'intervention sanglante, le point de vue auquel il se plaçait était tout différent du cas actuel : La hernie étranglée en effet entraîne fatalement la mort si on n'opère pas; l'opération est donc de toute rigueur ; assez facile d'ailleurs puisqu'elle se fait en dehors de la grande séreuse péritonéale, elle peut être tentée par tous les praticiens. L'appendicite au contraire n'est pas toujours mortelle, tant s'en faut, et de plus elle n'est curable que par une intervention délicate, la laparotomie.

Les arguments invoqués en faveur de l'incision précoce sont les suivants : Lorsqu'une appendicite commence on ne sait jamais comment elle se terminera; à un début

1. Pinard. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1898.

léger correspondent souvent des formes graves avec péritonite généralisée et infections à distance ; le diagnostic, même au début, en général est facile, et d'ailleurs la confusion ne peut avoir lieu qu'avec des accidents justiciables de la laparotomie... même quand il s'agit de fièvre typhoïde ; l'intervention précoce est aussi inoffensive que l'intervention tardive ; elle est même plus facile puisqu'on ne trouve que des adhérences friables ; la temporisation expose aux pires catastrophes, puisque la péritonite peut se généraliser, et surtout parce que l'appendicite présente des « accalmies traîtresses » suivies d'aggravations rapides, inconstantes dans leur évolution et déjouant toute surveillance. « Le fait saillant dans l'histoire de l'appendicite, dit le professeur Dieulafoy, c'est qu'il est bien souvent difficile, pour ne pas dire impossible de savoir à quel moment les accidents péritonéaux succèdent aux accidents appendiculaires... Ils peuvent leur succéder sans se dévoiler par de nouveaux symptômes ; ils peuvent même coïncider avec une amélioration apparente de l'état du malade, avec une accalmie traîtresse... Ces fameuses accalmies traîtresses ressemblent étrangement au début de la péritonite septique ».

Certes nous reconnaissons avec les chirurgiens radicaux que le moment le plus opportun pour l'intervention est celui qui suit immédiatement le début de la crise. Alors en effet il n'y a pas d'adhérences à respecter, de foyer purulent pouvant empêcher l'opération d'être complète, et « si l'on pouvait intervenir dans les premières heures, tout marcherait aussi correctement et aussi simplement que pour la résection à froid ». Alors en effet le

mal est encore presque toujours localisé à l'appendice ; il est donc indiqué théoriquement d'aller directement à lui et de supprimer le foyer « toxi-infectieux » :

Sublata causa, tollitur affectus.

Mais quand l'élite des médecins et des chirurgiens a prononcé que l'intervention immédiate, tout au début de l'accès, n'était pas plus dangereuse que l'opération à froid qui ne l'est pas du tout, on a oublié de dire que cela était vrai, à condition que « l'appendicite en soit réellement aux premières heures, et que l'opération puisse être faite par un chirurgien expérimenté et dans les meilleures conditions de milieu et de terrain ». Ici malheureusement la pratique est en désaccord avec la théorie : La plupart des malades ont commencé leur appendicite depuis quelques jours quand le chirugien est appelé ; ils se sont spontanément ou sur le conseil de leur médecin purgés copieusement ; l'opération, dans ces conditions, ne peut avoir lieu que quelques jours après le début des accidents, alors que le péritoine irrité organise des barrières contre l'infection. C'est surtout dans les campagnes que cet inconvénient se présente : le médecin est appelé tardivement auprès du malade souvent soupçonneux et méfiant, refusant énergiquement l'intervention proposée, laquelle d'ailleurs ne pourrait être faite la plupart du temps que dans un milieu impur, avec une asepsie insuffisante, un outillage incomplet ou des aides maladroits ; la seule indication qui puisse se présenter ici, en dehors bien entendu des opérations de toute nécessité, c'est ou d'instituer

le traitement médical, ou, ce qui est plus grave, de faire transporter son malade, sur une voiture mal suspendue, dans l'hôpital le moins éloigné.

Et tout d'abord quelle est la fréquence relative des formes graves, accompagnées de péritonites généralisées ? Laissant de côté les statistiques médicales, nous nous en tiendrons à la pratique des chirurgiens dont les résultats ont été soumis à la Société de chirurgie spécialement pendant les années 1895 et 1899.

Weir, sur	90	cas constaté	57	cas de péritonite généralisée.
Maurin . .	94	—	48	—
Monod . .	33	—	6	—
Schwartz .	27	—	5	—
Jalaguier .	71	—	33	—
Kirmisson.	25	—	12	—
Brun. . .	59	—	7	—
Nimier . .	10	—	3	—
Chaput . .	37	—	17	—
Routier . .	92	—	24	—
Michaux. .	80	—	8	—
G. Marchand	56	—	6	—
Peyrot . .	102	—	23	—
Walther (1896)	17	—	3	—
Walther (1898)	27	—	2	—
Reynier. .	79	—	8	—

Donc la péritonite généralisée s'observe en moyenne dans la proportion de 29 0/0. Mais il importe de faire remarquer qu'un grand nombre de ces péritonites se

sont produites parce que le traitement médical a été mal institué. Depuis qu'au début de toute appendicite on prescrit le repos complet, l'immobilisation de l'intestin et du corps ; depuis que la thérapeutique vient en aide à la tendance naturelle de l'inflammation, qui est la localisation, les formes graves diminuent de fréquence, parce que le péritoine se défend mieux. Reynier, qui fut un des premiers partisans du refroidissement des appendicites n'observe que 8 péritonites généralisées sur 79 malades ; et tandis que Walther en 1896, sur 17 observations, constate 3 péritonites généralisées, il n'en trouve plus, en 1898, que 2 sur 27 cas étudiés.

D'autre part les erreurs du diagnostic paralyseront souvent l'intervention chirurgicale au début de toute appendicite. Peu importe, disent les radicaux, il vaut mieux ouvrir le ventre pour une appendicite qui n'existe pas que de méconnaître une appendicite qui existe réellement, et qui, non opérée, amènera rapidement la mort. Cependant les erreurs de diagnostic qu'on a signalées sont nombreuses, souvent commises par des praticiens très experts dans la question, et point justiciables toutes de la laparotomie. Et ces erreurs, d'après Lucas-Championière (1) ont pour cause « la doctrine pernicieuse qui montre à tous les douleurs abdominales comme liées certainement à l'appendicite. Ce devient la doctrine régnante, en même temps que l'intervention sur l'appendicite apparaît comme une nécessité indiscutable aux jeunes générations... Il est grand temps de réagir. La

1. Lucas-Championière. *Société de Chirurgie*, 1893.

passion de l'appendicite est telle aujourd'hui que tous les accidents abdominaux deviennent des appendicites et l'intervention est réclamée et trop facilement acceptée ». Dans peu de temps, cet auteur a pu recueillir les erreurs de diagnostic suivantes :

Deux cas d'ovario-salpingite suivie de l'ablation des annexes, au cours de laquelle il a été facile de s'assurer qu'il n'y avait absolument rien du côté de l'appendice.

Un cas de déplacement du rein droit pour lequel la néphrorrhaphie a été faite avec des résultats absolument satisfaisants.

Un cas de tuberculose abdominale aiguë dans lequel l'autopsie a permis de constater qu'il n'y avait absolument rien du côté de l'appendice.

Un cas de fièvre typhoïde.

Un cas de pleurésie purulente dans lequel l'ouverture du foyer a pu dissiper tous les doutes.

Un cas de hernie de la ligne blanche avec accidents intermittents. Gérard-Marchand (1) d'autre part, signale comme ayant été pris pour appendicite, un cas d'ovaire kystique, un cas de ganglion caséeux péri-cœcal, deux cas de testicule ectopique et enflammé. Rendu (2), Talamon (3), Glantenay(4) ont signalé l'appendicite *fantôme*, l'appendicite *sine materia* qu'on observe quelquefois chez des sujets hystériques. C'est que la douleur iliaque peut être symptomatique d'une crise de coliques hépa-

1. Gérard-Marchand. Société de Chirurgie, 1899
2. Rendu : Société médicale des hôpitaux. 1897.
3. Talamon : *Médecine moderne*, 1897.
4. Glantenay : *Presse médicale*, 1898.

tiques, néphrétiques, intestinales, d'une entéro-colite muco-membraneuse, glaireuse ou sableuse, d'une indigestion, de diverses lésions annexielles chez la femme, d'une crise d'hyperchlorhydrie, d'une rupture musculaire, d'une névralgie lombaire, d'une coxalgie ; la non-émission des gaz et des matières peut avoir pour cause l'étranglement interne ou la péritonite tuberculeuse ; les symptômes généraux peuvent être dûs à un état typhique ou grippal. La tuberculose et la carcinomatose du cœcum s'accompagnent de tumeur iliaque. Nous laissons de côté les cas dans lesquels l'appendice s'enflamme dans un site anormal. Toutes ces erreurs ont été commises et quelques-unes par d'habiles chirurgiens. Picqué ouvre le ventre pour une appendicite et trouve une péritonite tuberculeuse ; Tuffier opère une fièvre typhoïde...

Enfin il nous reste à examiner la technique opératoire dans l'intervention hâtive, au double point de vue des résultats immédiats et des conséquences ultérieures. Si l'opération à froid est quelquefois difficile, lorsque précisément on n'a pas attendu le refroidissement complet, qu'on tombe sur des foyers mal éteints et des adhérences solides, englobant le tractus vermiculaire, pouvant par leur rupture donner lieu à des hémorrhagies (Kirmisson) ou par les tiraillements dont leur surface est le siège, contusionner les parois intestinales ; nous allons voir que l'intervention chirurgicale précoce, — précoce autant que la pratique le permet, c'est-à-dire vers le second ou le troisième jour, — est loin d'être inoffensive, opportune, complète, définitive. La statistique suivante nous donne en bloc les résultats de l'opération précoce, aussi bien au cas de

péritonites enkystées qu'au cas de péritonites généralisées :

Monod sur	33	opérations à chaud note	9 morts.
Reclus. . .	27	. . . . .	1 m.
Schwartz. .	14	. . . . .	4 m.
Walther . .	16	. . . . .	3 m.
Kirmisson .	25	. . . . .	13 m.
Brun . . .	12	. . . . .	8 m.
Chaput . .	37	. . . . .	17 m.
Routier . .	57	. . . . .	12 m.
G. Marchand.	42	. . . . .	5 m.
Peyrot. . .	76	. . . . .	22 m.
Nimier. . .	10	. . . . .	1 m.
Sonnemburg .	125	. . . . .	0 m.

Soit 20 0/0 de mortalité. Il importe cependant de faire remarquer que les insuccès sont dûs pour la plupart à la péritonite généralisée.

C'est que l'intervention du 2e 3e, 4e jour après le début des accidents est souvent une intervention à contre temps. Alors en effet, si la péritonite est généralisée et s'accompagne d'hypothermie, on ajoute au shock inflammatoire, le shock opératoire et surtout le shock chloroformique, à craindre chez les malades en imminence de collapsus, ainsi que l'ont montré plusieurs opérations de hernie étranglée ; et si la péritonite marche vers l'enkystement, l'intervention trouble le processus protecteur, au moment où il est encore à l'état d'ébauche ; les fausses membranes, encore très friables, ne défendent que virtuellement la grande cavité péritonéale. L'intervention a

donc lieu dans de mauvaises conditions de terrain, puisqu'on surprend l'appendicite avant que son encapsulement par les digues fibrineuses soit effectué, et on doit alors traiter toute la cavité péritonéale, « avec drainage à la clé, le plus souvent, ce qui n'est certes pas à comparer avec l'opération à froid ». Et il n'est pas étonnant en effet que l'opérateur puisse ainsi diffuser l'infection et provoquer une péritonite secondaire post-opératoire. Cette crainte est, paraît-il, chimérique, car on n'a jamais publié d'observations concluantes ; elle semble cependant retenir un certain nombre de chirurgiens, qui conseillent, dans ces conditions, de ne pas trop s'attarder à la recherche de l'appendice, de le réséquer seulement s'il se présente en quelque sorte bénévolement, et de le laisser dans l'abdomen si sa recherche doit être laborieuse et provoquer la rupture des adhérences ou la contusion du cœcum.

Il en résulte donc que l'intervention précoce, déjà inopportune puisque l'abcès appendiculaire marchait vers la localisation pour devenir « extra-péritonéal », est encore incomplète ; la récidive reste possible et nécessitera plus tard une nouvelle intervention. Un certain nombre de chirurgiens, Reclus par exemple, estiment que ces récidives sont rares et que l'appendice abandonné dans le ventre se sclérose rapidement. Tel n'est pas l'avis de Walther qui en peu de temps a pu réunir 12 cas de récidives, et qui estime « qu'un des arguments qui militent le plus en faveur de l'expectation dans la poussée aiguë d'appendicite, c'est la possibilité, en agissant tardivement, d'opérer dans des conditions meilleures, avec une grande

sécurité, et surtout de faire dans ces cas *la cure radicale de l'appendicite* ».

Enfin dans l'opération hâtive il est souvent, pour ne pas dire toujours, impossible de reconstituer la paroi abdominale ; on est obligé de draîner pour que le foyer se déterge complètement. L'opération ainsi conduite expose à des accidents secondaires, tels que l'éventration ou les fistules purulentes, qui sont loin d'être rares et qui nécessitent de nouvelles interventions, Broca en 1899 avait opéré 12 cas d'éventrations; en 1900 sur 47 cas d'interventions « à chaud » il signale 17 observations de hernies abdominales secondaires ; Gérard-Marchand en a vu 3 cas ; Sonnemburg évalue leur fréquence à 15 0/0 des cas. Le lavage du péritoine enfin, au cas de péritonite généralisée, n'est pas sans danger, il peut porter les agents virulents dans tous les replis de la séreuse, détacher les adhérences dans la péritonite cloisonnée de Nélaton, s'accompagner d'accidents syncopaux ainsi que Poncet et Polaillon en ont rapporté des exemples.

En résumé, la gravité de l'opération pratiquée à partir du deuxième jour, — puisque aussi bien il est presque toujours impossible d'intervenir plus tôt, — les difficultés du diagnostic, les mauvaises conditions de terrain et de milieu dans lesquelles on se trouve, la possibilité de la suppression des fonctions rénales et hépatiques par suite de l'incision précoce (Aug. Broca), l'à-coup donné à la réaction péritonéale, le trouble apporté dans la localisation de l'inflammation, le danger des récidives, des fistules et des éventrations, l'humiliation de voir le pronostic porté en désaccord avec la marche naturelle de la maladie, toutes

ces conditions, — en dehors des cas où la péritonite est généralisée sans imminence de collapsus, où l'abcès iliaque est manifeste, où la défervescence ne se produit pas malgré un traitement médical rigoureux, — toutes ces conditions, dis-je, militent singulièrement en faveur de la substitution de l'opération à froid à l'opération à chaud dans les appendicites aiguës. La statistique de Broca, à ce sujet, est très suggestive : De 1892 à 1895 inclusivement, à l'hôpital Trousseau, il opère hâtivement 87 appendicites et constate 22 décès ; puis Jalaguier ralentit son ardeur opératoire : de 1896 à 1898 il opère tardivement en ville 16 appendicites avec 16 guérisons, à l'hôpital 84 appendicites avec seulement 10 décès ; encore fait-il observer que « ces 10 décès, sauf trois, concernent des malades opérés d'urgence, quelques heures après leur admission, en pleine péritonite, de ces malades qu'en ville on n'opère pas et qu'on trouve morts le lendemain, qu'à l'hôpital on opère parce que l'on obtient par extraordinaire quelques succès inespérés ».

II. — Indications prophylactiques.

Toute appendicite suppose un infection ; les causes de cette infection sont ou locales, ou intestinales, ou générales (Reclus). En général l'appendicite est une modalité, régie par des dispositions anatomiques spéciales, de l'entérite dans ses diverses formes ; il n'est donc pas étonnant que l'appendicite soit fréquente chez les enfants gros mangeurs, à fonctionnement intestinal irrégulier ; il n'est donc pas étonnant que la grippe à forme gastro-in-

testinale semble, depuis 1890, jouer un rôle si considérable dans la recrudescence de ces inflammations. « La véritable cause de tous ces accidents, dit Lucas-Championière, c'est la vieille théorie de l'encombrement de l'intestin, rajeunie par nos théories actuelles d'infection intestinale ; les accidents surviennent presque toujours chez des sujets dont l'évacuation intestinale est défectueuse ; enfin et surtout ces accidents sont en rapport avec l'alimentation ; l'abus de la viande doit sans doute entrer en ligne de compte » puisque les appendicites sont plus fréquentes en Allemagne et dans les villes où le régime carné est très en honneur.

L'anatomie et l'histologie de l'appendicite permettent d'expliquer la fréquence et la durée des lésions. Dans cette longue « fistule borgne interne » la rétention de la « stagnation » des produits septiques est facile ; on comprend très bien que ce long canal étroit, terminé en cul-de-sac, ne puisse aussi facilement que le reste de l'intestin se débarrasser des agents infectieux qui produisent l'entérocolite. Ainsi Guinard fait observer que tout le monde ne peut pas avoir une appendicite, car celle-ci résulte souvent d'une disposition anatomique ou pathologique préexistante. Et de fait Poirier constate que la circulation sanguine n'est pas la même dans un organe en voie d'atrophie que dans un organe normal ; il en résulte une nutrition défectueuse de l'appendice et par suite des chances plus grandes d'infection, d'autant mieux que le défaut de parallélisme entre le développement de l'appendice, du cœcum et des replis péritonéaux peut amener la production de courbures et autres dispositions anormales favorables à la multiplication des microbes.

La grande raison des inflammations multiples et durables de l'appendice, nous la trouvons dans la constitution histologique de ses parois. « N'est-il pas en réalité plus rationnel, dit Brun, pour expliquer la fréquence et la localisation des lésions appendiculaires, de tenir compte surtout de la structure spéciale de l'appendice. La tunique muqueuse se distingue de celle de toute autre partie de l'intestin par son extraordinaire richesse en tissu réticulé, dont la structure rappelle celle des amygdales. C'est, a dit Blaud Sulton, une amygdale abdominale : A ce titre et par cela seul s'explique d'une façon suffisante son excessive susceptibilité à l'infection. L'appendicite dès lors n'est autre chose qu'une entérite localisée, ne devant sa fréquence, sa symptomatologie bruyante et sa gravité qu'à la forme particulière de l'organe, à sa structure et à ses larges connexions avec le péritoine ». Jalaguier écrit d'autre part : « En tout état de cause et quel que soit le mode d'infection, la structure lymphoïde de l'appendice a une importance de premier ordre, aussi bien au point de vue de la pathogénie que de l'anatomie pathologique. Je dirai donc avec Roux : La comparaison de l'appendice avec l'amygdale reste ce qui a été dit de plus sensé au point de vue pathogénique ; elle explique la pénétration des microbes, leur propagation dans les parois de l'appendice, la persistance des lésions anatomiques. Comme l'amygdale, l'appendice peut s'enflammer par propagation d'une infection voisine ou par localisation d'une infection générale. Comme l'amygdale aussi, une fois qu'il a été enflammé, il garde les stigmates de cette infection et devient un lieu de moindre résistance, tout préparé pour

une infection nouvelle ou pour le réveil de l'infection primitive presque toujours mal éteinte ». Walther a toujours trouvé, dans les nombreux appendices examinés, des lésions de folliculite plus ou moins accentuées pouvant aller jusqu'à la formation d'abcès dans la paroi. Nous pouvons donc conclure en disant avec Poncet de Lyon que la grande cause de l'appendicite est l'entérite sous toutes ses formes, que la disposition anatomique et la structure histologique de l'organe favorisent la pullulation des microbes, que l'appendicite « est le résultat de l'infection de la cavité et des parois de l'appendice et que l'occlusion préalable, loin d'être la condition *sine qua non* de l'appendicite, n'en est que le résultat ».

Le professeur Dieulafoy avait voulu rassurer la foule des malades atteints d'entéro-colite ; Reclus voulut persuader à ces mêmes malades qu'ils avaient à se soigner sérieusement et à se débarrasser au plustôt d'une affection qui pouvait avoir de redoutables conséquences. Albert Robin (1) fut plus précis et affirma que l'interrogatoire et l'examen du plus grand nombre de malades atteints d'appendicite, permettait de reconnaître l'existence d'une dyspepsie antérieure. Cette dyspepsie n'est pas quelconque, elle est caractérisée par un syndrôme spécial, celui de l'hypersthénie gastrique, de la dyspepsie acide de Gubler, ou de la maladie de Reichmann :

« 1° Désaccord entre l'aspect du malade et la conservation ou l'exagération de son appétit ».

1. A. Robin. *Bulletins de l'Académie de médecine*, 20 mars 1897.

« 2° Distension de l'estomac par spasme pylorique. Clapotage gastrique variable ».

« 3° Crises gastriques variables dans leur expression et leur retentissement ».

« 4° Augmentation du volume du foie qui est sensible à la pression ».

« 5° Constipation et coprostase facilement perceptibles à la palpation du cœcum, de l'S iliaque et quelquefois des colons transverse et descendant ».

« 6° Augmentation de l'acidité du contenu stomacal après le repas d'épreuve.... »

La connaissance de cette nouvelle pathogénie intestinale de l'appendicite conduit à des indications thérapeutiques d'autant plus importantes qu'elles sont nettement prophylactiques. Il faut surveiller le cœcum chez ces prédisposés à l'entéro-colite et aux accidents appendiculaires; il faut provoquer l'expulsion des matières à l'aide des laxatifs et du massage léger. Parmi les laxatifs on conseillera l'huile de ricin, les pilules d'aloès et de turbith végétal, les purgatifs salins et les eaux minérales purgatives à petites doses, et surtout les grandes irrigations rectales froides, suivies d'un massage dans les colons. Quand la région cœcale est sensible à la pression, il faut s'en tenir à l'huile de ricin et au calomel, auxquelles on pourra joindre des frictions légères d'onguent napolitain belladoné. L'intestin une fois déblayé, il faudra prendre garde aux récidives de la coprostase, en insistant auprès des malades sur l'obligation d'une selle journalière. Le régime, dans ce cas est de première importance : «On recommandera à ces malades de s'en tenir aux vian-

des et aux volailles rôties, hachées menu ou lentement mâchées, aux poissons, aux légumes en purée, aux œufs à la coque, aux fruits cuits, avec un minimum de pain grillé. Comme boissons de l'eau pure, ou une eau minérale indifférente, type Evian, Alet ou Condillac. A la fin du repas une tasse d'une infusion très chaude et très légère de thé, camomille, tilleul, feuilles d'oranger ». Tel est, d'après A. Robin, le traitement que doivent suivre les hypersthéniques gatriques, candidats à l'entérite muco-membraneuse et à l'appendicite.

Même après l'intervention chirurgicale, que l'opération ait été complète ou non, que l'appendice ait été réséqué ou abandonné dans le ventre, les moyens médicaux sont encore utiles, car l'entérite, cause première de l'infection appendiculaire peut toujours subsister. Il importe donc, selon Aug. Broca, d'instituer une sorte de traitement de la convalescence, traitement hygiénique et visant surtout le régime alimentaire. « Pendant 3 ou 4 mois on surveillera avec soin l'alimentation, en évitant les substances grasses, les ragoûts, en limitant le pain à un peu de croûte, en insistant sur les purées de pommes de terre et surtout de légumineuses. Il faut aussi proscrire les efforts brusques, et proposer un bandage de flanelle pour éviter les éventrations ».

III. — Les Appendicites avec péritonites localisées.

L'inflammation, sauf dans les cas excessivement légers, dépasse toujours les parois de l'appendice : Par lymphan-

gite ou par perforation, elle gagne quelquefois le tissu cellulaire rétro-cœcal et souvent le péritoine ; dans le premier cas, — éventualité d'ailleurs très rare en raison de dispositions anatomiques aujourd'hui bien connues, — il se forme un abcès iliaque sous-péritonéal, une para-appendicite (1), qui ne présente rien de bien particulier et dont nous ne nous occuperons pas ; dans le second cas, alors même que l'appendice n'est pas perforé, on peut voir éclater toutes les variétés de péritonites, localisées ou généralisées, jusqu'aux abcès péritonéaux à distance. Cette propagation de l'inflammation se fait plus ou moins rapidement, avec plus ou moins de danger, suivant la nature du microbe ; nous assisterons ainsi soit à une péritonite qui se généralisera en quelques jours, ou nous verrons cette inflammation se localiser autour de l'appendice.

Cette localisation en effet, rare autrefois puisqu'elle était contrariée par la thérapeutique évacuante, deviendra la règle aujourd'hui que le traitement vise surtout l'immobilisation de l'intestin ; et de fait, Reynier, sur 79 observations, constate 71 fois l'enkystement. C'est que la séreuse péritonéale réagit, à la façon des autres séreuses de l'organisme, par la production d'un exsudat fibrineux, susceptible de s'organiser en fausses membranes solides, et qui a pour but d'enrayer la marche du processus inflammatoire, de limiter l'inflammation, de protéger les parties voisines. Cette phase, où la péritonite est simplement plas-

1. Monod et Vanverts : *L'Appendicite. Encyclopédie scientifique des aide mémoire*, 1897.

tique, est de peu de durée; au bout de 48 heures, ou même au bout de 24 seulement, on peut trouver du pus autour de l'appendice. La suppuration est en effet la règle selon Sahli, Krafft, Roux, Reclus et la majorité des chirurgiens; Sonnemburg sur 80 cas n'en a trouvé que 4 sans suppuration; Reynier n'a jamais opéré, si ce n'est une fois, passé le cinquième jour, sans tomber sur du pus.

La première indication thérapeutique qui se pose dans ces conditions, c'est évidemment de favoriser cette tendance naturelle de l'inflammation vers l'enkystement, et le meilleur moyen, c'est d'immobiliser le corps et les anses intestinales. « Plus mon expérience personnelle s'accroît, écrit M. Reynier (1), plus j'étudie les faits, plus je crois que les opinions défendues par MM. Jalaguier et Roux sont celles qui sont les vraies. Quand vous êtes appelé dès les premières heures d'une appendicite, le seul traitement doit être la glace, l'immobilité au lit, la diète absolue, l'absence de tout purgatif et l'opium à l'intérieur ».

« Mais quand je dis la glace, ce n'est pas la glace comme je la vois mettre trop souvent, par des personnes qui croient faire le traitement par la glace en faisant toucher le ventre par le fond d'une vessie de glace, suspendue à un cerceau. Ainsi, à peine dix centimètres carrés de peau se trouvent refroidis. Le traitement par la glace consiste dans l'application de une, deux ou trois grandes vessies de glace plates, suivant la largeur du ventre, repo-

1. Reynier. 13. *Congrès international des Sciences médicales*, août 1900.

sant sur celui-ci directement et le couvrant dans son entier, sans qu'on craigne leur poids. Séparez-les simplement de la peau par une épaisseur de flanelle et surveillez seulement pour que la peau ne devienne pas rouge de peur des escharres. Que cette glace enfin soit renouvelée scrupuleusement toutes les deux ou trois heures, pendant tout le temps qu'il y a quelque chose dans le ventre qui vous préoccupe, par suite, 3, 10, 15 jours au besoin ».

« Avec ce traitement, toutes les fois que j'ai pu l'appliquer scrupuleusement dès les premières heures, j'ai toujours vu en 24 heures, 48 heures au plus, tous les accidents disparaître. Malheureusement, nous sommes appelés rarement dès les premiers accidents, et mon expérience personnelle se résume à 12 malades; mais j'ai celle de mes élèves, le Docteur Marieux, le Docteur Desroches, qui ont une grosse clientèle, qui souvent voient des appendicites au début et qui dernièrement encore me disaient que depuis qu'ils appliquaient ce traitement, ils n'avaient plus d'accidents ».

« Le plus souvent c'est au bout de 24 heures, de 48, de 72 heures que nous sommes appelés... Si les accidents sont encore limités à la fosse iliaque sans retentissement péritonéal exagéré, instituez le traitement médical par la glace, et, comme nous le dit M. Jalaguier, vous verrez ou tout s'amender, ou se limiter de plus en plus en un abcès, que vous ouvrirez vers le huitième jour ou le neuvième jour, quand les adhérences se seront faites. J'ai opéré ainsi 30 malades sans avoir eu de morts à déplorer, et j'ai pu, chez 51 malades, faire retarder l'opération et les opérer à froid avec une mort, que j'ai dû, à ma préci-

pitation à l'opérer trop tôt, n'ayant pas laissé complètement refroidir ».

Pour immobiliser l'intestin, puisque l'immobilité est le meilleur des antiphlogistes, puisque, dans le cas actuel elle favorise encore la formation des adhérences et retarde ou même empêche la rupture de l'appendice, on aura recours aux opiacés, de préférence à l'opium brut, qu'on pourra administrer à fortes doses. En ce qui concerne les enfants, dont on connaît la susceptibilité spéciale, nous ne saurions mieux faire que de résumer la pratique de Brun et de Auguste Broca. « Pour administrer l'opium, dit Brun, j'ai recours soit à une potion contenant pour 120 grammes d'excipients, cinq ou dix centigrammes d'extrait thébaïque et 1 gramme de benzonaphtol à donner par cuillerées à bouche de deux heures en deux heures ; soit, si les vomissements par leur fréquence contre-indiquent l'administration de l'opium par la voie stomacale, à une injection de un quart à un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine qui a en même temps l'avantage de calmer l'agitation et la douleur locale. » Auguste Broca écrit d'autre part : « L'opium sera manié avec prudence chez l'enfant, mais on saura que, dans ces conditions, il est presque toujours remarquablement supporté. S'il y a des douleurs vives, de l'agitation, on commence par une piqûre de morphine à un quart de centigramme, à un centigramme selon l'âge ; de même, si les vomissements sont un obstacle à l'action par voie buccale ; mais en principe c'est par l'ingestion de pilules d'opium qu'on agit le mieux sur l'intestin. Après une première dose qui

selon l'âge du sujet varie de un à cinq centigrammes, on administre des pilules de un centigramme à intervalles variables selon le sujet, de façon à entretenir un état de demi-somnolence ». Les purgatifs seront proscrits rigoureusement : tout au plus, quand les phénomènes de péritonisme seront un peu calmés, pourra-t-on essayer de provoquer une selle à l'aide d'un petit lavement cœcal ou de suppositoires laxatifs.

Toujours dans le but de ne pas provoquer de mouvements vermiculaires et aussi pour réduire au minimum les fermentations intestinales, le malade sera mis à la diète absolue ; on se bornera à calmer la soif en donnant *le moins possible* de l'eau glacée, en faisant rincer la bouche avec de l'eau de Vichy, en pratiquant quelques injections sous-cutanées de sérum. M. Larcher (1) prescrit la diète hydrique alcaline, estimant que l'eau de Vichy, en déterminant une diurèse abondante, joue le rôle d'un véritable sérum artificiel ; il y ajoute quelques gorgées de vin de Champagne ou de café. Quand la défervescence se sera produite on donnera du lait, des œufs et des aliments semi-liquides.

Il faut enfin exiger, non seulement le repos de l'intestin, mais encore le repos le plus complet du corps. Le malade sera tenu au lit, dans le décubitus horizontal ; il évitera les mouvements brusques qui peuvent déchirer les adhérences en voie de formation et généraliser la péritonite ; on se gardera de le transporter où que ce soit,

1. Larcher. 13e Congrès français de Chirurgie, 1899.

et si l'opération devient urgente au milieu de la crise, il sera souvent préférable de la pratiquer à domicile que d'exposer le patient aux dangers d'un voyage fatigant.

Pendant la durée, souvent longue, de ce traitement antiphlogistique, le malade doit être l'objet d'une surveillance toute spéciale ; il peut se faire en effet que la défervescence attendue ne se produise pas, que l'état général devienne mauvais, que le cœur faiblisse, malgré la caféine, le strophantus, le sérum artificiel. Dans ces conditions il faut se tenir prêt à intervenir rapidement, et c'est là un des points les plus délicats de la thérapeutique ; l'intervention en effet est commandée par des nuances symptomatiques souvent difficiles à apprécier, mais sur lesquelles un praticien éclairé, à « sens clinique » très exercé, ne se trompe pas. — Brun croit qu'il ne convient pas de prolonger outre mesure, malgré les excellents résultats dont il lui est redevable, l'épreuve du traitement médical, et lorsque, au bout de 24 ou 48 heures de ce traitement, il ne voit survenir aucune modification dans la température il intervient sans hésiter. — Routier pense qu'il faut opérer de suite, si l'on constate les symptômes suivants : retentissement péritonéal, défense musculaire, pouls rapide, arrêt des gaz, frissons. — Ricard, observant rigoureusement le pouls et la température, intervient si, loin de se calmer, les symptômes deviennent alarmants, ou même simplement s'ils tardent à s'amender. — Schwartz se guide sur le pouls, la température, les fonctions intestinales; il s'abstient tant qu'il n'y a pas de signes d'irritation péritonéale, que le pouls est régulier et bien frappé,

que la respiration est large et facile, tant qu'il n'y a pas de constipation opiniâtre et de ballonnement trop généralisé. — Pour Quénu, la qualité du pouls plus que la température, l'arrêt des gaz, l'altération durable des traits, une certaine odeur mauvaise de l'haleine rappelant un peu l'odeur fécaloïde, l'agitation et la répétition incessante des crises douloureuses constituent des indications opératoires. — Berger réserve l'intervention pour les cas qui au bout de 4 ou 5 jours n'entrent pas en défervescence, mais semblent au contraire s'aggraver. Picqué n'hésite pas à intervenir quand il voit les accidents généraux et fonctionnels persister plus de 24 heures après l'institution du traitement médical. — Roux opère en pleine crise quand la fièvre persiste avec augmentation de l'exsudat, avec pouls rapide et facies désagréable, quand apparaissent des frissons et la dissociation de la température et du pouls, quand le malade fait mauvaise impression. — Broca agit si au bout de 48 heures la fièvre n'est pas tombée et s'il y a la moindre amorce de péritonite. — Jalaguier croit que l'indication d'opérer est fournie par la persistance des vomissements, par la dissociation de la température et du pouls, par l'hypothermie, par le mauvais état général du sujet, par la dépression cardiaque.

L'intervention, dans ces cas, se borne le plus souvent à l'incision de l'abcès péricœcal ; il en serait de même si le chirurgien était appelé pour la première fois au moment où la collection est évidente. C'est cette incision que Roux préconisa en 1890 et en 1891 dans la *Revue médicale de la Suisse Romande* ; elle est d'ailleurs, en général, facile et peu dangereuse puisque les adhérences ont

eu le temps de se former. « Le chirurgien, dit-il, aura pour se guider les données suivantes : Les adhérences, qui sont, au début, pour les cas très aigus, un simple accolement, une agglutination des surfaces séreuses, sont remplacées par des membranes fibrineuses plus ou moins épaisses, ou même sont déjà organisées en partie si la période préparatoire a été plus longue. A ce moment là, soit à peu près 48 heures après le moment de la perforation, il peut se faire fort d'atteindre l'abcès sans ouvrir la cavité péritonéale, dont celui-ci est isolé de tous côtés par des adhérences,... et si on est forcé d'inciser le péritoine, on est sûr cependant de pouvoir le faire à un endroit isolé de la cavité péritonéale libre, et on arrive sur l'abcès absolument comme s'il était extra-péritonéalisé ». C'est là une opération d'urgence que le praticien de campagne doit pouvoir faire tout comme le praticien de ville ; les chances d'infection péritonéale sont minimes, si on se borne à la simple incision iliaque et si on ne s'attarde pas à la recherche de l'appendice dans le foyer purulent : A ce sujet les conclusions de la société de Chirurgie, en 1899 sont formelles ; évidemment la résection de l'appendice permettrait une opération complète en supprimant toute chance de récidives ; mais cette résection est si dangereuse par la possibilité de diffuser l'infection ou de contusionner les anses intestinales qu'il vaut mieux la remettre ; on ne le fera que si l'appendice vient en quelque sorte sous le bistouri ; et, si sa recherche est laborieuse, on attendra que les phénomènes généraux se soient calmés pour en pratiquer l'ablation ultérieurement.

Enfin, si le traitement médical a été efficace, il nous reste un dernier point à examiner : Quand faudra-t-il opérer? Quand peut-on dire qu'une appendicite est refroidie? « Pour beaucoup, dit Reynier, à qui nous empruntons tout ce qui suit, à froid, c'est quand on ne sent plus d'induration, de masse suspecte, quand le ventre est devenu souple. Eh bien, cette constatation n'est pas encore suffisante.

« Si vous avez eu affaire à une crise appendiculaire de courte durée, sans réaction péritonéale, le ventre restant souple, la douleur disparaissant dans les 24, 48 heures, dans ces cas l'opération à froid peut se faire au bout de 15 à 20 jours ».

« Mais encore faut-il qu'il n'y ait pas eu de fièvre, car si pendant deux jours il a existé de la fièvre, on peut, en opérant trop tôt, trouver un méso friable, se coupant facilement et pouvant saigner, donner lieu à ces hémorrhagies que signalait dernièrement M. Kirmisson ».

« Toutefois, ce sont là de petits ennuis. Mais il n'y a pas là de graves accidents, puisque toutes les opérations faites à partir du 20e jour, dans ces conditions, m'ont donné une guérison ».

« J'arrive maintenant à ces cas où la crise appendiculaire s'est accompagnée de réactions péritonéales graves au début qui se sont calmées sans donner lieu à une collection limitée. Dans ces cas on ne saurait trop recommander de tarder le plus longtemps possible l'opération de l'appendice à froid. Cet appendice ne se refroidit que lentement, et lors même que la palpation ne révèle plus rien, dans ces formes, il faut se méfier en intervenant trop tôt, de réveiller par le traumatisme un feu qui

couvait sous la cendre... Dans ces formes d'appendicite où des vomissements prolongés, le ballonnement du ventre ont été l'indice d'une violente réaction péritonéale, on ne doit pas craindre d'attendre deux mois pour se mettre à l'abri de tout accident et opérer véritablement à froid.. »

« Reste les cas où il y a eu abcès, démontré par la présence d'une tumeur localisée, la matité, la fièvre, et où l'abcès, n'ayant pas été ouvert par la main du chirurgien, s'est ouvert spontanément dans l'intestin. En pareille circonstance, je crois qu'on ne saurait trop reculer la date de l'opération à froid; ce n'est plus 40 jours, mais 3, 4, 5 mois. On risque autrement de tomber sur des foyers mal vidés, encore virulents, dont la découverte peut être la cause d'accidents graves. Pour mon compte personnel ce n'est que très tardivement, et quand je suis bien sûr que tout a dû s'éteindre, que j'interviens et en suivant cette ligne de conduite je n'ai eu qu'à me louer puisque, sur 59 opérations d'appendicite à froid, je n'ai eu qu'un mort ».

IV. — Les appendicites avec péritonisme intense et péritonites généralisées.

Une réaction péritonéale intense n'est pas fatalement symptomatique d'une infection généralisée à toute la séreuse : il est des cas qui se traduisent dès le début, par un grand fracas péritonéal, douleur vive de tout l'abdo-

men, ballonnement étendu, vomissements incessants, pouls misérable, facies mauvais, et dans lesquels à l'opération, on ne trouve que peu de lésions, un léger exsudat, une vascularisation plus grande des anses intestinales ; dans ces conditions on est souvent surpris de voir tout s'amender et la localisation se faire au bout de 24 ou 48 heures de traitement médical bien conduit. En dehors de ces cas de péritonisme, les péritonites appendiculaires revêtent deux formes principales, dont Jalaguier a tracé le tableau symptomatique :

« 1° La péritonite septique diffuse, débute fréquemment comme une vulgaire indigestion ; la douleur abdominale n'est ordinairement pas très vive.... Les vomissements manquent rarement au début, mais ils peuvent être réduits à une ou deux évacuations alimentaires ou bilieuses. Quelquefois il y a de la constipation, mais la diarrhée est bien plus fréquente.... Le météorisme, peu marqué au début, manque parfois totalement.... La température, qui s'élève vers 39° pendant les premières 24 ou 36 heures, s'abaisse d'ordinaire à partir du deuxième ou troisième jour à 37°, 37°,5 dans le rectum pendant que la fréquence du pouls augmente, en même temps que sa force diminue. Souvent le pouls est irrégulier, le nombre et la force des pulsations variant d'une heure à l'autre. La respiration est accélérée, mais cependant presque toujours régulière et abdominale, car l'abaissement du diaphragme est peu ou pas douloureux. La langue est habituellement humide, saburrale, rouge à la pointe et sur les bords. Le facies du malade est caractéristique ; non seulement il a l'aspect péritonéal, mais il est terreux ou plombé ; souvent les

sclérotiques prennent une coloration ocreuse. On a l'impression que l'organisme est très profondément touché. La palpation du ventre est souvent presque indolore, et les muscles ne sont pas même contracturés.... Le toucher rectal qu'on doit toujours pratiquer peut donner d'utiles renseignements en faisant connaître la replétion des culs-de-sac péritonéaux »....

2° « La péritonite purulente proprement dite débute, en général, d'une manière plus bruyante et les douleurs spontanées sont plus vives, plus nettes ; leur maximum siège dans l'une ou l'autre fosse iliaque, le plus souvent à droite, mais fréquemment aussi à gauche. Les vomissements répétés, tenaces, sont la règle ; d'abord alimentaires, il deviennent bilieux, puis porracés. Les selles sont le plus souvent supprimées au point qu'on diagnostique couramment une occlusion intestinale... Pendant les premières périodes, les muscles abdominaux sont contracturés, mais bientôt survient un météorisme qui m'a paru plus général et plus marqué que dans la forme septique diffuse. La température et le pouls, bien que présentant presque toujours une certaine discordance, sont cependant moins nettement dissociés ; la respiration est plus anxieuse, plus courte, moins abdominale, parce que l'abaissement du diaphragme est plus douloureux. Le facies, toujours très altéré, n'a cependant pas au même degré que dans la forme précédente l'aspect plombé. La palpation du ventre est douloureuse surtout dans les fosses iliaques et au-dessus du pubis ; souvent on note, sinon des douleurs de cystite, du moins des envies fréquentes d'uriner... Le doigt introduit dans le rectum re-

connaît très souvent une accumulation de liquide dans l'excavation. J'ajoute que fréquemment j'ai observé dans cette forme la dilatation des veines sous-cutanées abdominales, au-dessus des arcades de Fallope, et quelquefois un œdème très léger, une sorte de boursouflure du tissu cellulaire sous-cutané... ».

L'évolution de ces deux formes est fatale, mais pas avec la même rapidité ; la marche des accidents est quelquefois foudroyante, ainsi qu'en témoigne cette observation du professeur Dieulafoy : « Une jeune enfant de 11 ans, tombe malade le samedi matin ; elle a des nausées, de la diarrhée verte et des douleurs dans le côté droit du ventre. On pense à une appendicite et on ordonne de la glace sur le ventre et de l'opium ; dans la nuit surviennent des vomissements. Dès le lendemain matin, dimanche, la langue est sèche, rôtie, le visage est anxieux, le ventre très ballonné, le pouls à 120, la température peu élevée est à 38°5. Ce même dimanche matin, M. Routier voit la petite malade en consultation à 11 heures. Il trouve la situation très alarmante, tous les symptômes se sont accentués et il porte le diagnostic de péritonite généralisée. Il pratique l'opération à midi et à sa grande surprise il ne constate que quelques traces très légères de péritonite. Après l'opération une détente se produit, les vomissements cessent, le pouls se relève. Mais cette amélioration est de courte durée, car la toxi-infection était généralisée ; elle avait fait son œuvre, et 24 heures plus tard, malgré la cessation des accidents péritonéaux, l'enfant succombait dans le collapsus... » En général, dans la septicémie péritonéale, qui est une véritable in-

toxication suraiguë, on meurt vers le quatrième ou le cinquième jour d'après Broca, bien plus tôt, souvent au deuxième jour pour un grand nombre de chirurgiens ; on meurt intoxiqué, et, comme dans les empoisonnements graves, dans le collapsus par arrêt cardiaque, sans souffrance, en conservant toute sa lucidité d'esprit. Dans la forme purulente qui n'est en somme qu'un vaste abcès localisé, la mort est plus tardive et survient du septième au quinzième jour ; le malade succombe dans le coma et l'hypothermie. La statistique de Fitz qui porte sur 176 décès par péritonites généralisées, sans distinction de formes, permet de conclure que la mort se produit surtout vers la fin de la première semaine.

1re semaine. . .	98 morts.	2e jour.	8 décès.
		3e jour.	20 —
		4e jour.	12 —
		5e jour.	20 —
		6e jour.	16 —
		7e jour.	22 —
2e semaine. . .	54 morts.		
3e semaine. . .	8 —		
4e semaine. . .	7 —		
7e semaine. . .	4 —		
8e semaine. . .	1 —		

Dans les 5 derniers cas il s'agissait probablement de péritonites enkystées méconnues.

L'intervention chirurgicale peut-elle améliorer ce pronostic ? Les résultats opératoires ne sont pas brillants et Roux estime que ces cas ressortissent moins à la chirur-

gie qu'aux pompes funèbres. Cependant les membres de la Société de chirurgie, pendant l'année 1899 furent d'avis qu'il fallait opérer et opérer le plus rapidement possible, puisque l'intervention était la seule planche de salut pour le malade. La plupart des chirurgiens opèrent indistinctement les deux formes de péritonites généralisées ; d'autres font observer que les chances de succès ne sont pas les mêmes au cas de septicémie péritonéale, qu'au cas de péritonite purulente proprement dite. Jalaguier (1) estime que l'intervention précipite souvent la mort dans le premier cas, tandis que dans le second elle peut être efficace ; si la péritonite appartient à la forme septique, dit Reclus (2), il vaut mieux s'abstenir, car l'intervention ne pourrait que hâter la mort. Le chirurgien de Lausanne pense que dans ces cas, on peut se croiser les bras *chirurgicalement.*

Consultons en effet les diverses statistiques :

Demoulin. . . .	80 opérations. . . .	60 morts.
Mac Burney. . .	24 —	10 —
Richardson . . .	32 —	23 —
Sonnemburg . .	20 —	15 —
Meyer.	9 —	7 —
Jalaguier . . .	25 —	20 —
Schwartz . . .	5 —	4 —
Broca.	32 —	28 —
Routier	24 —	11 —
Michaux. . . .	8 —	6 —

1. Jalaguier, *loc. cit.*

2. Reclus. *Bulletins de l'Acad. de méd.*, 1899.

G. Marchand . .	5	opérations. . . .	3 morts
Peyrot.	23	—	20 —
Leguen	5	—	3 —
Kirmisson . . .	16	—	16 —
Monod	6	—	6 —
Chaput	17	—	17 —
Nimier	3	—	1 —
Brun.	12	—	7 —
Walther . . .	5	—	2 —
Reynier. . . .	13	—	9 —

Soit 72 0/0 de mortalité ; mais on constate 28 0/0 de guérisons qui ne se seraient pas produites sans l'intervention chirurgicale. Les morts concernent pour la plupart des malades atteints de septicémie péritonéale ; la laparatomie dans ce cas est en général impuissante ; Jalaguier sur 12 opérés a eu douze morts, tandis qu'il sauvait 4 malades sur 10 atteint de péritonite purulente ; et Brun estime que souvent la laparotomie est faite dans des conditions qui hâtent singulièrement la mort. Le lavage de péritoine inondé par un liquide louche, analogue à du bouillon sale est en général incomplet et d'ailleurs le mal est plus étendu ; il est dans tout l'organisme ainsi qu'en témoigne la dépression profonde de l'état général et surtout du cœur. Dans la forme purulente proprement dite, on peut au contraire constater quelques succès opératoires, car il ne s'agit là, à tout prendre, que d'un vaste abcès localisé dans le péritoine, à symptômes locaux très bruyants, mais n'affectant pas l'organisme, du moins au début, d'une façon aussi intense.

Cependant, en présence des résultats de l'intervention précoce, il est permis de se demander si d'autres indications opératoires ne sont pas à conseiller, et cela pour les raisons suivantes :

1° L'opération faite dans les conditions exigées par la pratique est dangereuse par elle-même. Il est en effet entendu qu'on intervient exceptionnellement le premier jour, quelquefois le second, souvent le troisième après le début des accidents ; le premier jour on n'est pas appelé, et le deuxième, en dehors de certains cas particulièrement alarmants, on a le droit d'hésiter. Opérer le troisième, le quatrième jour, c'est opérer en plein shock péritonéal ou en imminence de collapsus ; l'opération et surtout le chloroforme aggraveront cet état général.

2° Les malades non opérés ne meurent pas fatalement le deuxième jour ; ils meurent en général vers le sixième jour ou même plus tard, si on soutient le cœur.

3° Il n'est pas certain que la péritonite soit généralisée. Ainsi que Brun l'a fait remarquer, une réaction péritonéale intense n'est pas l'indice assuré d'une infection étendue de la séreuse. Il existe un péritonisme de même qu'il existe un méningisme.

4° Sous l'influence d'un traitement médical rigoureux, l'inflammation peut se localiser, permettant une intervention tardive et moins grave.

Notre maître Reynier, dans ces conditions, préfère attendre quelques jours, pour permettre aux phénomènes de péritonisme de se calmer même légèrement, et surtout pour remonter le cœur : « J'en arrive maintenant, dit-il, aux cas où nous sommes appelés lorsque le malade

est en pleine réaction péritonéale, que nous le trouvons avec le ventre ballonné, les traits tirés, le facies péritonéal ; avec une température élevée ou abaissée, pouls rapide, atteignant 120 ou le dépassant, vomissements incessants ou même fécaloïdes.

« Eh bien, là encore, je vais plus loin que mon ami Jalaguier : devant les malades qui ont l'aspect de la péritonite et quelques-uns de la péritonite septique, quand vous êtes appelé dans les 3 ou 4 premiers jour des accidents (non le sixième, septième et huitième jours, car dans ces cas je parlerais autrement sachant qu'à ce moment je me trouve sûrement en présence d'une péritonite confirmée, ne pouvant plus rétrocéder) ; devant ces malades n'intervenez pas ; il faut un certain courage pour venir vous le dire, car un chirurgien peut être accusé dans ces cas-là d'être un timoré ; il faut surtout bien plus de courage pour prendre devant le malade cette détermination, car à l'heure actuelle l'entourage, le médecin, tout le monde vous pousse à l'opération, et comme vous l'a dit M. Jalaguier, l'opération sans discussion, systématique, donne plus de quiétude à l'esprit du chirurgien ».

« Mais malgré tout je vous le répète encore avec plus de force que je l'ai dit à la Société de chirurgie, ne vous pressez pas dans ces cas d'intervenir. Faites le traitement par la glace, l'immobilisation, l'opium et la diète absolue ; et joignez-y la caféine, les injections de sérum, soit sous-cutanées, soit, s'il le faut, intraveineuses, et vous aurez plus de succès que par l'intervention, vous aurez des succès comme je les ai eus, même dans des cas qui paraissaient désespérés »....

.... « Si l'on peut gagner 48 heures et arriver à la fin du troisième, du quatrième jour, je crois qu'on se mettra dans des conditions meilleures pour opérer, car on opérera avec la protection d'adhérences déjà formés..... »

.... « Pour obtenir cette localisation, deux indications doivent diriger notre traitement, chercher à immobiliser les anses intestinales et soutenir le cœur. Il faut en effet bien savoir que la mort rapide n'arrive pas dans la péritonite par l'infection péritonéale et par la septicémie, mais par le cœur ».

« L'infection met plus de temps à tuer ; quand le cœur résiste, ce n'est pas dans les 3 jours, mais dans les 6 à 8 jours que le malade meurt ».

« Il en est pour la péritonite comme pour la pneumonie, le danger du début est dans l'état du cœur. Il faut donc l'empêcher de faiblir à tout prix, et pour cela, je dois, dès le début, surveiller le pouls ; s'il faiblit, s'il se précipite, il faut avoir recours à la caféine, au strophantus, — dans quelques cas préférable à la caféine car il n'excite pas autant, — aux injections d'huile camphrée, aux injections de sérum sous-cutanées, voire même intraveineuses ».

Ainsi on pourra souvent voir la localisation se faire et toujours le pouls remonter ; on se trouvera donc dans de meilleures conditions pour opérer. Jalaguier institue 3 fois ce traitement, dans des cas excessivement graves, et il obtient trois guérisons. « Je possède 9 observations, ajoute Reynier, dans lesquelles je ne croyais pas, en voyant mes malades au début, à la possibilité de la guérison, et cependant ces malades ont guéri sauf un que j'ai trouvé le 4e jour au soir du début des accidents, avec un ballon-

nement généralisé, le pouls petit, le facies mauvais, avec vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Sous l'influence de la glace, des injections de sérum intraveineuses, j'arrivais à voir se localiser une collection purulente que j'ouvrais le 8ème jour, mais le malade restait faible et mourait le lendemain de cette intervention..... Opposez à cette stastitique, celle de mes interventions ou celles qui ont été faites dans mon service par mes assistants ; 13 fois on est intervenu parce qu'on trouvait encore le pouls bon et résistant, le malade paraissant être dans les conditions à supporter l'opération. Or, sur 13 malades ainsi opérés j'ai 4 guérisons et 9 morts, et cependant j'en ai un que j'ai opéré 24 heures après le début des accidents ; je relève 3 cas opérés le 3e jour, 1 le quatrième, 1 le cinquième, 1 le sixième, 2 passé le 8e jour : 4 malades seulement, dans cette série noire, ont guéri, 2 opérés par moi, 1 par mon ami Legueu dans mon service, un autre par mon interne, à l'heure actuelle le Dr Flœrscheim ».

Bref, lorsqu'on se trouve en présence, dans les 3 ou 4 jours qui suivent le début des accidents, de ces réactions péritonéales généralisées, sans localisation nette, de ces phénomènes de *péritonisme*, il semble que le malade doit bénéficier davantage du traitement par la glace, le repos, la diète absolue, l'opium, la caféine et le sérum que d'une intervention immédiate ; mais si l'on est appelé plus tard, lorsque *la péritonite* est confirmée, on ne saurait différer l'opération.

V. — Les appendicites récidivantes.

Théoriquement, il faut poser en principe la résection de l'appendice après une crise aiguë bien constatée ; au point de vue pratique il y aura lieu de faire quelques réserves.

La persistance des lésions appendiculaires, le microbisme latent, les adhérences épiploïques, suffisantes à elles seules pour provoquer de la douleur, des troubles gastro-intestinaux, une cachexie même profonde, justifient l'intervention. Même dans les cas les plus froids, où l'appendice avait repris son entière liberté Roux a trouvé des traces de membranes néoformées ou des résidus d'abcès, et il écrit : « Celui dont l'appendice a servi une fois d'éponge pour l'infection intestinale, y restera sujet comme l'amateur de maux de gorge. Le professionnel de l'appendicite garde dans son tissu adénoïde, peut-être à l'état latent de Verneuil, dans les cicatrices péri-appendiculaires ou pariétales, tous les éléments nécessaires pour contracter une nouvelle périty phlite, à l'occasion de toutes les hypérémies physiologiques ou pathologiques. Voilà pourquoi je n'hésiterai plus à conseiller l'opération à froid à sa cause de sa bénignité, même après une crise, à ceux qui ne peuvent se ménager ». Letulle et Weimberg nous apprennent que toute crise aiguë est entée sur une appendicite qui évoluait chroniquement; pour Guinard et pour Poirier, la mauvaise nutrition de l'appendice, son état d'organe en voie d'atrophie, des dispositions anatomiques spéciales, telles que cour-

bures, torsions, etc., tout cela s'ajoutant à la structure histologique des parois, en font un lieu prédisposé pour la répétition des infections. Ces réchauffements de l'appendicite, plus ou moins rapprochés et plus ou moins graves, d'autant plus dangereux, semble-t-il, que la première crise a été plus légère s'observent fréquement ; encore que les statistiques publiées restent au-dessous de la moyenne, en raison d'accidents appendiculaires peu graves et non diagnostiqués : La fréquence des récidives est évaluée par :

Fitz.	à 15 0/0 des cas.
Krafft	à 25 0/0 des cas.
Richardson	à 32 0/0 des cas.

Tous les médecins n'ont pas accepté cette intervention systématique ; ils font remarquer que le traitement médical est suffisant, qu'on n'est jamais certain qu'une nouvelle crise se produira, que le diagnostic est souvent douteux, que des rechutes peuvent se produire après l'opération, que la résection de l'appendice même à froid est une opération difficile, mettant la vie du malade en danger : tous arguments que Damaye réfute victorieusement dans sa thèse inaugurale. D'ailleurs à la Société médicale des hôpitaux, en 1894, la question de l'appendicectomie à froid ayant été soulevée par M. Milliard, la plupart des membres, Legendre, Mathieu, Huchard, Rendu, sont d'avis qu'il y a lieu de conseiller l'amputation du processus vermiforme. « Défiez-vous, disait Huchard, s'il s'agit d'une appendicite à répétition. Chaque fois le traitement

médical suffit, pour faire disparaître les accidents, et trop confiants dans ses succès, vous en restez toujours au traitement médical ; mais un jour cette appendicite pariétale pourra devenir perforante et donner lieu à de graves accidents ».

A la société de chirurgie, pendant les séances de l'année 1899, la plupart des chirurgiens sont d'avis qu'il faut enlever l'appendice après la première crise ; d'autres veulent attendre la seconde ; un tout petit nombre fait des — réserves. Broca, Ricard, Nimier, malgré la bénignité de l'opération à froid, estiment cependant qu'il ne faut pas opérer de parti pris tous les malades qui ont eu une crise ; si aucune tuméfaction, si aucune douleur à la pression ne persiste dans la fosse iliaque, on peut attendre la seconde attaque ; après celle-là l'indication est formelle. — Par contre Guinard, Jalaguier conseillent l'excision de l'appendicite chronique, après une seule crise, même s'il ne reste pas trace palpable de cette crise. — Le professeur Berger, tout en faisant remarquer que l'opération à froid n'est pas toujours facile à cause de la solidité des adhérences et de l'enclavement de l'appendicite, pense qu'il faut opérer après la première attaque, les formes graves succédant souvent aux formes légères antérieures. — Enfin Quénu fait entrer en ligne de compte non seulement le nombre des crises, non seulement la persistance d'un signe local dans la fosse iliaque droite, mais encore la sévérité de la première et unique attaque et la persistance d'un état général mauvais, malgré les soins apportés à l'hygiène et à l'alimentation. — Et Chaput ne croit pas nécessaire d'opérer un malade, qui, après une première crise peut rester à

portée des secours chirurgicaux et suivre une bonne hygiène.

Voyons maintenant les résultats de l'opération à froid, de cette opération qui, pour Senn, est la plus facile de toutes celles qu'on peut faire sur l'abdomen, et au sujet de laquelle Roux de Lausanne a écrit cette phrase partout citée : « La résection entre deux crises est une opération idéale ; assez facile, elle supprime l'épée de Damoclès, sans crainte de récidives et n'affaiblit pas la paroi du ventre ».

Bull.	450	opér. à froid	8	morts
Kümmel	103	—	0	—
Porter	14	—	1	—
Roux	95	—	1	—
Trèves.	18	—	1	—
Fowler.	26	—	1	—
Damaye	181	—	3	—
Chauvel	14	—	2	—
Jalaguier	42	—	0	—
Aug. Broca	12	—	0	—
Schwartz	40	—	1	—
Walther	23	—	0	—
Brun.	47	—	0	—
Chaput.	11	—	0	—
Routier.	35	—	0	—
G. Marchand. . . .	14	—	0	—
Peyrot	27	—	1	—

Soit 1 66 0/0 de mortalité.

La fréquence et le danger des récidives d'une part, la

presque innocuité de l'intervention d'autre part, semblent donc commander l'intervention même après une seule et unique crise.

Pratiquement on se heurtera à quelques difficultés. La résection de l'appendice n'est pas à la portée de tout le monde : c'est une opération en somme assez délicate, exigeant un chirurgien habile, un milieu rigoureusement aseptique, un outillage compliqué, des aides rompus à la pratique de la chirurgie abdominale. Elle n'est pas toujours facile surtout quand des adhérences solides englobent le processus vermiculaire et l'accolent au cœcum ou à la fin de l'intestin grêle. Elle n'est pas toujours inoffensive puisque nous relevons près de 2 0/0 de mortalité. Enfin certains malades mènent une vie sédentaire et peuvent se soumettre aux principes d'une bonne hygiène alimentaire, ne gardant de leur première crise, parfois méconnue, que le souvenir, sans aucun accident local, aucun trouble de la santé générale.

Nous croyons donc qu'il est de notre devoir de proposer l'appendicectomie à tout malade qui a eu une attaque appendiculaire bien constatée, en lui montrant les dangers d'une récidive ; mais il faut aussi lui dire la gravité et les difficultés d'une intervention qui n'est pas toujours suivie de succès. Quant aux malades qui suivent un bon régime et ne ressentent plus rien du côté de la fosse iliaque, il est souvent inutile de leur proposer une opération, quand ils se croient guéris, car ils ne l'accepteraient pas.

Enfin, pour déterminer cet exposé... des idées des autres, nous dirons avec M. Piard : N'entreprendre une

intervention qu'avec un diagnostic certain ; choisir le moment le plus favorable et favoriser sa venue ; proportionner la gravité de l'opération à celle des lésions qu'on veut guérir, de façon à ne pas ajouter par l'acte opératoire une nouvelle cause morbide à celles qui existent déjà; prévenir la cause pour éviter les effets toutes les fois que c'est possible ; agir enfin de telle sorte qu'on supprime à la fois l'effet immédiat du mal et sa cause première, préservant ainsi l'avenir en sauvegardant le présent : tels sont les termes de l'idéal thérapeutique que doit se proposer le chirurgien.

CONCLUSIONS

1° Le traitement médical ne guérit que rarement l'appendicite dans ses formes légères ; mais il prépare admirablement l'intervention chirurgicale dans les formes graves.

2° L'entérite sous toutes ses modalités étant la cause la plus commune des appendicites, il y a lieu d'établir un traitement prophylactique et un traitement de la convalescence, basé surtout sur l'hygiène alimentaire et le bon fonctionnement du tube digestif.

3° Au début de toute attaque appendiculaire, instituer un traitement rigoureux par la glace *bien appliquée*, la diète absolue, le repos complet et l'opium à l'intérieur. On verra ainsi les formes graves diminuer de fréquence et l'inflammation souvent se localiser. Si la défervescence ne se produit pas, la dissociation du pouls et de la température, le mauvais état général du malade commandent une intervention hâtive.

4° Une réaction péritonéale intense n'est pas fatalement symptomatique d'une infection généralisée à toute la séreuse ; dans ces cas de simple *péritonisme*, si l'on est appelé dans les trois ou quatre jours qui suivent le début des accidents, il sera souvent préférable, avant d'intervenir,

de calmer l'irritabilité péritonéale et surtout de *relever, le cœur* par les moyens médicaux, caféine, strophantus, huile camphrée, sérum artificiel. Mais si l'on voit le malade le sixième, le septième, le huitième jour, alors que la *péritonite* diffuse est confirmée et ne peut plus rétrocéder, il faut agir, à moins que le collapsus ne soit imminent, auquel cas les injections massives du sérum artificiel pourront déterminer une amélioration inespérée.

5° L'appendicectomie *à froid* reste l'opération de choix ; théoriquement il faut la conseiller à tout malade qui a eu une crise appendiculaire bien constatée ; pratiquement il sera bon de faire remarquer que l'opération n'est pas toujours facile ni toujours inoffensive.

6° Le moment de l'intervention *à froid* sera déterminé par le cas clinique observé : Si la crise a été légère, si au bout de 24 ou 48 heures tout est rentré dans l'ordre, on pourra opérer au bout de 15 à 20 jours ; si la crise a été plus violente, si la fièvre a persisté pendant quelques jours, il faudra attendre au moins un mois ; dans les formes caractérisées, à leur début, par une violente réaction péritonéale, on ne doit pas craindre d'attendre deux mois pour opérer véritablement *à froid* ; enfin, si la collection péri-appendiculaire s'est vidée dans l'intestin, on ne saurait trop reculer la date de l'intervention : il faudra temporiser pendant 3, 4 et 5 mois.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Deuxième attaque appendiculaire. Traitement par la glace. Défervescence complète. Opération 40 jours après le début des accidents. Guérison. (Obs. recueillie à Lariboisière dans le service de M. Peyrot).

B..., François, garçon de restaurant, entre le 16 septembre 1900 à Lariboisière, salle Nélaton, n° 35.

Aurait eu, il y a quelques mois, une première crise douloureuse qui dura à peu près 48 heures ; un médecin diagnostiqua une pointe de hernie. A Lariboisière, 3 ventouses scarifiées font disparaître les douleurs iliaques ; le point de Mac Burney reste cependant sensible.

Le 10 septembre. — Nouvelle attaque, à 7 heures du soir. Le malade croit à une indigestion et se met au lit à 10 heures : Frissons, tremblement, sueurs, au moins 40°, nous dit-il. Le ventre devient gros, douloureux, tendu ; la douleur est plus vive au niveau de la fosse iliaque droite. Vomissements pendant toute la nuit à partir de 11 heures; à 3 heures du matin il y aurait eu une selle. Un médecin, appelé, diagnostique une attaque appendiculaire, prescrit un lavement à l'huile d'olive, de la glace et la diète. Le 13 et le 14, diarrhée abondante.

Il entre le 16 salle Nélaton. La douleur a cessé, le vomissement aussi ; le malade va à la garde-robe. Il existe une grosseur dans la fosse iliaque droite ; le malade l'aurait trouvée pendant 25 jours.

Pendant 8 jours application de glace et diète lactée.

1er jour d'hôpital...	T.	38°, 1.
2e jour —	T.	37°, 8.
3e jour —	T.	37°, 9.
4e jour —	T.	37°, 6.
5e jour —	T.	37°, 8.

Il reste exactement 12 jours couché.

Opéré le 25 octobre par M. Souligoux. Incision le long du muscle droit antérieur. On ouvre la cavité péritonéale, on attire le cœcum, on cherche l'angle iléo-cœcal ; on voit l'appendice qui se dirige en haut et en arrière ; il est gros, adhérent ; on le résèque au thermocautère. On referme la paroi au catgut et on fait un plan superficiel à la soie. Pas de drainage.

Le malade, complètement guéri, quitte l'hôpital le 11 novembre 1900.

OBSERVATION II

Appendicite aiguë. Résolution par la glace. Opération 38 jours après le début des accidents. Guérison. (Obs. recueillie dans le service de M. Reynier à Lariboisière).

D... Frédéric, charbonnier, âgé de 29 ans, entre le 25 septembre 1900, salle Ambroise-Paré n° 39. Huit mois avant son entrée à Lariboisière, il aurait eu des coliques hépatiques

Opération le 10 novembre 1900.—On tombe sur une masse caséeuse entourée de fausses membranes fibrineuses, et d'adhérences épiploïques. Glace sur le ventre ; injection de 1/2 centigramme de chlorhydrate de morphine ; 1.300 grammes de sérum artificiel.

Une légère ascension thermique le 14 ; les règles apparaissent et tout rentre dans l'ordre.

Le premier pansement a lieu le 16 ; la malade va bien.

OBSERVATION IV

Appendicite grave. Traitement médical. Refroidissement incomplet. Opération trop hâtive. Mort. (Observation communiquée par M. Paul Reynier au 13e congrès international des sciences médicales, Paris : 2-9 août 1900).

Jeune homme de dix-neuf ans, qui à plusieurs reprises avait eu, comme c'est la règle, des douleurs appendiculaires ; trois jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris, après avoir été à la garde-robe, de douleurs dans la fosse iliaque ; il avait cru devoir se purger. Le lendemain, douleurs, vomissements, ballonnement du ventre, qui le retiennent au lit ; il appelle un médecin qui me l'adresse. A son entrée, je trouve un malade ayant la figure concavée, le pouls à 120, rapide, cependant nettement frappé. La température est à 39. Le malade a eu un léger frisson la veille. Le ventre est contracturé, douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Il accusait toutefois de la douleur à gauche. Le matin, le malade avait eu un vomissement bilieux. Nulle part on ne trouvait de matité permettant de reconnaître la localisation d'une collection se formant.

Dans ces conditions, je crus devoir me contenter du traitement médical, large application de glace sur le ventre, opium à l'intérieur, injection sous-cutanée de sérum, — 1200 grammes, — diète absolue.

Le lendemain, la température, qui la veille avait monté à 39, baissait à 38 et se maintenait pendant quatre jours à cette température, 37,9 le matin, 38, 38,2 le soir.

Le ventre devenait moins douloureux, les vomissements cessaient, et le malade rendait des gaz. Je ne notais toutefois aucune localisation.

Dans ces conditions, je continuai la glace, et me tint toujours sur l'expectative armée. Le cinquième jour de son entrée, le malade allait à la garde-robe spontanément, et le dixième jour, la température redevenait normale. Le ventre devenait souple, non douloureux.

Le dix-septième jour de son entrée, c'est-à-dire le vingtième jour du début des accidents, le malade allait si bien, était si désireux de retourner dans son pays, que je crus pouvoir céder à ses instances et ne sentant rien d'anormal dans le ventre de nettement appréciable, persuadé que j'allais faire une opération à froid, je me décidai à l'opérer.

Or, à l'opération, je trouve un péritoine encore rouge congestionné, un appendice situé du côté de la fosse iliaque, adhérent au péritoine pariétal profond, ayant un méso court, épaissi, très congestionné, très friable. L'appendice lui-même était friable, et quand je veux placer ma ligature, il se coupe ainsi que le méso, comme quelquefois se coupent des pédicules de trompes opérées entre une période inflammatoire.

Les ligatures se mettent donc péniblement, il y a un peu d'hémorrhagie et je me vois forcé de faire un drainage de la

plaie, drainage assez large. Malgré cela, le soir la température montait, le malade avait le pouls rapide ; le lendemain on défait tout le pansement, on coupe toutes les sutures. Malgré cela la température continue à monter, et le malade meurt quarante-huit heures après l'opération, me laissant le chagrin, que vous avez pu ressentir en pareille occasion, de perdre un malade qu'on avait cru sauver par sa manière de conduire le traitement.

Or pour moi il n'y avait pas eu de faute commise dans mon opération, mon examen de conscience, la discussion du fait avec mes aides ne me reprochait rien. La seule faute que j'avais faite, et que je proclame bien haut, pour que cette observation serve d'enseignement, était d'avoir opéré trop tôt ; j'avais remué le feu sous la cendre, feu qui allait s'éteindre, mais qui, par le fait de mon opération, s'était rallumé, donnant lieu aux accidents du début, mais plus intenses, car le malade était débilité et moins en état de se défendre, par le fait de son attaque antérieure.

OBSERVATION V

Appendicite grave. Large application de glace. Résolution en apparence complète. Opération trop hâtive. Guérison. (Observation communiquée par M. Paul Reynier au 13e Congrès International des sciences médicales. Paris, 2-9 août 1900).

Le 27 mai dernier, mon ami le Dr Paulesco me priait de voir dans le service de M. Lancereaux, un jeune homme de 16 ans et demi qui était depuis deux jours dans le service.

Depuis 6 mois, le malade éprouvait dans le ventre des douleurs, des coliques qui quelquefois le forçaient à se coucher.

Le 23 mai, 2 jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris subitement de douleurs vives dans le ventre, après avoir été le matin à la garde-robe. En même temps, il était pris de vomissements alimentaires, puis bilieux. Un médecin appelé lui ordonna de mettre de la glace sur le ventre, mais cette glace est mal appliquée, irrégulièrement, et le malade ne garde pas le repos absolu sur le dos.

Le 25 mai, 48 heures après le début des accidents, il entre à l'hôpital du Perpétuel-Secours. A son entrée, le ventre est ballonné, très douloureux à la palpation, principalement au niveau de la fosse iliaque droite : les douleurs s'irradiaient en arrière du côté du rein. Ils se plaignait de coliques, qui étaient suivies de vomissements bilieux. Le malade vomissait d'ailleurs tout ce qu'il prenait. Les yeux étaient concaves, la voix très faible. Le pouls, rapide, était cependant bien frappé : 110° ; température 38.

Traitement. — Glace sur le ventre, eau de Vichy, lavement purgatif. Mais je dois dire que la glace était mise parcimonieusement, au moyen d'une vessie suspendue à un cerceau, et ne touchant le ventre que par un point très limité.

26 mai. — A la suite d'un lavement purgatif, selles abondantes, infectes ; le ballonnement du ventre persiste cependant, la voix reste très faible, les vomissements continuent, abondants, et prennent à la fin de la journée un aspect brunâtre rappelant celui des vomissements fécaloïdes. Pouls 110, toujours régulier ; t. 37 le matin.

Je le vois le 27 mai au soir et le trouve le ventre toujours ballonné, sans localisation nulle part de collection suppurée, les yeux concaves, le pouls 120-130 rapide, les vomissements toujours abondants. Je conseille de continuer l'opium à haute

dose et les applications de glace, mais de remplacer la petite vessie qui touchait le ventre par un seul point, par quatre vessies mises à plat.

Le 28 mai. — L'état ne s'est pas amélioré, le ventre est toujours ballonné, les vomissements verts toujours abondants. Il éprouve des douleurs spontanées dans le ventre plus intenses que les jours précédents. 15 gouttes de laudanum. Pouls 120. t. 37,6-38 le soir.

31 mai. — Mieux ; le ventre est moins ballonné et moins douloureux ; pouls 98. Le malade demande à boire du lait ; on lui en donne en petite quantité qu'il digère.

Depuis, son état s'améliore tous les jours, et, 30 jours après le début des accidents, n'ayant vu aucune localisation se produire, M. Paulesco me l'envoie à Lariboisière. A son entrée, on ne percevait plus rien d'anormal dans le ventre, pas de sensibilité, pas de tuméfaction, ventre très souple. Après l'avoir laissé se reposer quelques jours, je crus pouvoir l'opérer le 10 juillet dernier, 35 jours après le début des accidents.

Or, voici la surprise que nous réservait l'opération. Je croyais bien être à froid, et cependant, le ventre ouvert par l'incision Roux, je tombe sur des anses intestinales rouges vasculaires, il s'écoule de la sérosité citrine, comme dans les péritonites récentes. L'appendice est rouge, congestionné, il est friable, et ce n'est qu'avec précaution que je place le fil qui l'enserre ; le méso, sur lequel je place un autre fil, se déchire : il en résulte une petite hémorrhagie vite arrêtée; mais devant cet aspect congestif des organes contenus dans la cavité péritonéale, devant cette sérosité, je n'ose pas fermer.

L'examen histologique fait par M. Paulesco montra que les lésions de cet appendice étaient surtout à la surface, et correspondaient bien à cette forme d'appendicite érysipélateuse sur laquelle cliniquement j'ai souvent attiré l'attention de mes élèves.

La muqueuse de l'appendice avait son épithélium normal ; mais à la surface, on trouvait un réseau de vaisseaux dilatés, et dans les mailles de ce réseau, des hémorrhagies nombreuses en voie de régression.

On trouvait enfin dans la paroi externe de l'appendice des streptocoques, donnant l'explication des lésions et de la marche de cette appendicite, qui, malgré la réaction violente du début, n'avait pas suppuré et avait donné lieu à un épanchement de sérosité qui persistait encore 30 jours après le début, comme nous en trouvons dans les salpingites de même nature.

Comme je le fais dans toutes les appendicites à froid, j'établis un drainage, qu'on peut retirer au bout de 48 heures.

Le malade guérit sans accident : toutefois, malgré ce succès, j'ai regretté d'être encore intervenu ici trop tôt. J'aurais eu tout bénéfice à attendre, et je n'aurais pas eu à établir ce drainage, qui compromet toujours la solidité de la cicatrice.

Remarque. — Ces deux observations montrent d'une façon très nette que dans ces formes d'appendicite où des vomissements prolongés, le ballonnement du ventre ont été l'indice d'une violente réaction péritonéale, on ne doit pas craindre d'attendre deux mois pour se mettre à l'abri de tout accident et opérer véritablement à froid.

OBSERVATION VI

Appendicite avec péritonisme généralisé. Femme obèse, diabétique et albuminurique. Traitement médical. Localisation. Guérison sans intervention. (Obs. communiquée par M. Paul Reynier à la Société de chirurgie le 18 janvier 1899.

Femme de cinquante ans, diabétique, 150 grammes de sucre, et albumine dans les urines, très obèse, pannicule graisseux très abondant, de plus de cinq centimètres d'épaisseur.

Prise le samedi de phénomènes d'appendicite, elle avait vu un chirurgien qui conseilla l'intervention immédiate.

Je suis appelé le soir. Je trouve une femme avec un facies péritonéal, une respiration rapide, un pouls petit, vomissements fécaloïdes, température basse, et je m'oppose à l'intervention, n'ayant aucun phénomène de localisation. Je crois en effet que celle-ci se ferait dans des conditions particulièrement dangereuses. Dans un milieu qui n'était nullement préparé, avec une pareille couche de graisse à inciser, je ne cache pas à la famille que si l'état est grave, je considère cependant que la malade a plus de chance de s'en tirer sans opération qu'avec une intervention. Je mets de la glace sur le ventre, je donne de la caféine, et grâce à cette thérapeutique, j'ai eu en effet, la joie de voir se localiser l'inflammation et la malade finir par se guérir sans intervention. Il y a quatre ans de cela, le diabète a été soigné et ma malade se trouve actuellement dans un état florissant.

OBSERVATION VII.

Appendicite avec péritonisme intense. Traitement médical. Localisation. Opération 4 jours après. Guérison (Observation communiquée par M. Paul Reynier à la Société de chirurgie, le 18 janvier 1899).

Je vois un lundi, avec le Dr Desmons, une jeune femme atteinte depuis dix jours de douleurs dans la fosse iliaque droite : point de Mac Burney.

Aucun phénomène inquiétant au moment de mon examen, ventre souple, pouls 80, température normale, facies excellent. Mais la malade, bien que souffrant de son côté, avait cru devoir se lever, et ne s'était couchée que pour ma visite.

Dans la soirée, elle est prise *brusquement* de douleurs épouvantables dans le ventre qui se ballonne uniformément ; son facies change. Des vomissements bilieux incessants, devenant parfois noirâtres, apparaissaient. Aucun gaz n'est rendu par l'anus. Le lendemain matin, quand je viens la voir, je la trouve dans un état si grave (facies altéré, température 36, 4, pouls 130, petit) que je demande l'avis du Dr Beurnier. Longtemps nous discutons ensemble, et finalement nous considérons l'état comme tellement grave, ne sentant aucune localisation, pensant à de la septicémie péritonéale, que nous concluons que nous n'opérerons que si les choses empirent, pour donner satisfaction à l'entourage, auquel nous ne dissimulons pas la gravité de la situation.

Mais, avant, j'essaie de remonter le pouls de la malade, avec de la caféine, des injections de sérum. Je la revois à 4 heures : l'état de la malade s'était encore aggravé. La tem-

pérature était de 36°2. Le pouls, par moment, avait des intermittences. L'état me paraît désespéré et je refuse à opérer. Je continue la glace, j'ordonne une nouvelle injection de caféine, et 1.500 grammes d'injection de sérum sous-cutanée.

Le lendemain matin, on me téléphonait que la malade avait été à la garde-robe, que tout était changé. En effet, je trouve à 8 heures du matin la malade souriante, une véritable résurrection. La glace est continuée et, le quatrième jour après cette alerte, trouvant une localisation, voyant de nouveau le ventre se reballonner, je l'opère avec les docteurs Souliguoux et Beurnier. Nous trouvons un abcès rétro-cœcal, des adhérences épiploïques, un intestin distendu, mais pas de péritonite ; nous n'avions eu affaire dans ce cas qu'à de l'occlusion intestinale. La malade a guéri de cette intervention.

OBSERVATION XIII

Abcès appendiculaire situé dans la fosse iliaque gauche. Ouverture précoce. Résection ultérieure de l'appendice. Guérison (obs. communiquée par M. Raul Reynier à la Société de Médecine et de chirurgie pratiques de Paris, le 18 mars 1897)

Homme de 30 ans qui entrait dans mon service après 18 jours de maladie. Il avait été pris brusquement de douleurs dans le ventre, vomissements, ballonnement du ventre généralisé. Au bout de quatre jours, les vomissements s'étaient calmés, il avait continué à souffrir dans le ventre, ne se nourrissant pas. Quand on nous l'amena, il était pâle, le facies tiré ; le pouls était rapide, la température élevée

(39°). Le ventre était ballonné; cependant dans la fosse iliaque du côté gauche, on sentait une tuméfaction fluctuante qui nous fit faire le diagnostic de collection suppurée. Le début des accidents, la marche nous la faisaient rattacher à une appendicite.

Les symptômes pressant, nous opérions le malade le jour même, avec l'aide du Dr Ischwall.

Guidés par la tuméfaction, nous faisions une incision dans la fosse iliaque gauche, dans la région de l'S iliaque. A peine les parois abdominales incisées, nous tombons dans une vaste collection purulente sous-péritonéale, située en avant de la masse intestinale. Près d'un demi-litre de pus s'écoula; mettant alors le doigt dans la cavité de l'abcès, nous pouvions nous rendre compte qu'il s'étendait jusqu'à la ligne médiane et nous étions arrêtés là par une paroi formées d'adhérences.

Persuadés que l'appendicite était en cause, après nous être désinfecté les mains au permanganate, nous faisions une incision dans la fosse iliaque droite. Dans cette région, nous tombions sur les intestins rouges, congestionnés, mais sans adhérences les unissant et sans trouver de pus, ni de sérosité. Cherchant alors l'appendice, je sentais celui-ci se portant de la fosse iliaque vers la ligne médiane, en avant de la masse intestinale, et venant adhérer au péritoine pariétal, dans les adhérences qui fermaient de ce côté l'abcès ouvert à gauche, et l'isolaient du reste de la cavité péritonéale. Craignant, en enlevant l'appendice, de rompre cette digue, qui protégeait une partie de la cavité abdominale, je refermai mon incision droite en me contentant de mettre une mèche de gaze que j'enlevai au bout de deux jours.

Du côté gauche, un drain fut mis dans la cavité de l'abcès.

Immédiatement, la température tomba et le malade guérit de cette intervention sans accident.

Mais il continuait à souffrir de son appendice tiraillé, qui restait adhérent au péritoine pariétal sur la ligne médiane près de l'ombilic. Deux mois après ma première intervention, de nouveau j'incisai la région cœcale, et cette fois j'allai à la recherche de l'appendice, que je retrouvai dans la même position, et que j'enlevai.

Dans ce cas, j'examinai l'appendice, qui était très long, et présentait des altérations de la muqueuse, mais sa lumière était perméable dans toute son étendue, ce qui est en faveur des idées de M. Brun et contre celles de M. Dieulafoy.

Le malade guérit de sa seconde intervention, et à l'heure actuelle ne souffre plus de l'abdomen.

Vu : le Président de la thèse
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

(Ouvrages spécialement consultés).

Achard. — Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires. Bulletins et Mémoires de la Société des hôpitaux. 1896.

Barré. — Essai sur la typhlite. Thèse de Paris 1873.

Blatin. — Recherches sur la typhlite et la périty phlite consécutive. Thèse de Paris 1868.

Benoit. — Contribution à l'étude des appendicites. Thèse de Paris 1890-1891.

Bodart. — Des perforations du cœcum et de celles de l'appendice cœcal, Thèse de Paris 1844.

Boulier. — De l'appendicite pendant la grossesse. Thèse de Lyon, 1897.

Broca (Aug). — Les actualités médicales : L'Appendicite, 1900.

Brun. — Art. Appendicite, in Traité des maladies de l'enfance de Grancher, 1897. Tome III. Page 105.

Chauvel. — Communication à l'Académie de médecine, février 1899.

Damaye. — Du traitement chirurgical de l'appendicite à répétition dans l'intervalle des crises. Thèse de Paris, 1894-1895, N° 148.

Delbet (Paul). — Pathogénie et traitement de l'appendicite. Archives de médecine, mars 1897.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne. 11e Edition. Tome III.

Dieulafoy. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Années 1896-1897, 1897-1898. 1898-1899.

Dreyfus-Brisac. — Gazette hebdomadaire du 13 octobre 1898.

Faisans. — Société médicale des hôpitaux, 24 mars, 1899.

Forgue et Reclus. — Traité de thérapeutique chirurgicale, tome II, page 834. Année 1898.

Gazette des Hôpitaux. — N° spécial. Compte-Rendu du 13e Congrès international des sciences médicales. Paris, 2-9 août 1900.

Grisolle. — Traité de pathologie interne, 8e Edition, tome I, 1862. Page 573.

Guinard. — Art. Appendicite. In Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Tome VII.

Gordon. — L'appendicite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1896-1897, n° 101.

Iarca. — Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches. Thèse de Paris, n° 136, 1897-1898.

Jacob. — Contribution à l'étude de l'appendicite. Thèse de Paris, 1892-1893. N° 345.

Jalaguier. — Art. Appendicite. In Traité Chirurgie de Duplay et Reclus. Tome VI. Page 675.

Jayle. — Presse médicale, 1895.

Krafft. — Essai sur la nécessité de traiter chirurgicale-

ment la périty phlite stercorale perforatrice. Revue médicale de la Suisse romande, 20 octobre 1888.

Lafforgue. — Les tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire. Thèse de Lyon, 1896.

Larcher. — Traitement médical de l'appendicite, 13e Congrès français de chirurgie, 1899.

Lavabre. — De l'intervention chirurgicale dans les diverses formes d'appendicite. Thèse de Lyon, décembre 1897.

Le Guern. — Contribution à l'étude de l'appendicite par corps étrangers. Thèse de Paris, 1893.

Legueu. — L'Œuvre médico-chirurgicale. N° 1. L'appendicite, 1897.

Legueu. — L'œuvre médico-chirurgicale. N. 18. Traitement de l'appendicite. 1899.

Letulle et Weimberg. — Académie de médecine. Séance du 7 novembre 1899.

Mauclaire. — Le diagnostic et le traitement des appendicites. Bulletin médical du 30 septembre 1899.

Maurin. — Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire. Thèse de Paris. 1890.

Monod et Vanverts. — Encyclopédie scientifique des aide-mémoire. L'appendicite, 1897.

Paulier. — Contribution à l'étude de la typhlite et de la périty phlite, Thèse de Paris 1875.

Piart. — Des suppurations à distance dans l'appendicite. Thèse de Paris 1896.

Pilliet et Costes. — Société anatomique 1895.

Pinard. —De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. Bulletin médical du 23 mars 1898.

Pravaz. — De la périty phlite et de son traitement. Thèse de Lyon 1888.

Poncet. — Bulletin de l'Académie de médecine, mai 1896.

Reclus. — Pathogénie de l'appendicite. Semaine médicale du 23 Juin 1897.

Révilliod. — Revue médicale de la Suisse romande: 20 juin 1892. Traitement médical de la périty phlite.

Révilliod. — Modes de guérison de l'Appendicite. Revue médicale de la Suisse romande. 20 août 1899.

Ricard. — Typhlite, périty phlite et appendicite. Gazette des hôpitaux 1891.

Robin. — Bulletin de l'Académie de médecine, 1897.

Rochaz. — Les calculs appendiculaires. Revue médicale de la Suisse romande 1894.

Roux. — 1° Traitement de la périty phlite suppurée. Revue médicale de la Suisse romande, 20 mai 1890, 20 septembre 1891, 20 octobre 1891, 20 novembre 1891, 20 janvier 1892.

— 2° Traitement de la périty phlite suppurée. 4° Congrès français de Chirurgie, 1889.

— 3° Remarques sur une nouvelle série d'appendicites opérées à froid, 9° Congrès français de chirurgie, 1895.

— 4° A propos du diagnostic de l'appendicite. 13° Congrès français de chirurgie.

— 5° 13° Congrès international des Sciences médicales. Paris, 2-9 août 1900.

Sébileau. — Gazette médicale de 1898, page 353.

Siron. — De l'intervention précoce dans les péritonites aiguës

diffuses d'origine appendiculaire. Thèse de Paris 1897-1898, n° 163.

Talamon. — Collection Charcot et Debove. Appendicite et périty phlite, 1892.

Nous avons surtout consulté :

1° Les Bulletins de l'Académie de médecine pendant les années 1895, 1896, 1897, 1898, 1899.

2° Les Mémoires et Bulletins de la Société de chirurgie pendant les mêmes années.

3° Les diverses publications de Talamon dans la « Médecine moderne ».

L. BOYER, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.